

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra Speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Logopedická intervence poskytovaná dětem v mateřských školách pro děti
se sluchovým postižením

Logopedic intervention provided to children in kindergarten for children with
hearing impairment

Bc. Lucie Dvořáková

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kotvová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (N7506)

Studijní obor: N SPPG (7506T002)

2019

Odevzdáním této diplomové práce na téma Logopedická intervence poskytovaná dětem v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 12. 7. 2019

Lucie Dvořáková

Ráda bych touto cestou upřímně poděkovala PhDr. Miroslavě Kotkové, PhD. za její odborné rady, trpělivost a vstřícný přístup při vedení mé diplomové práce. Velký dík patří též respondentům výzkumného šetření – logopedům, kteří působí v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením a rovněž pedagožkám a vedení nejmenované mateřské školy za ochotu a poskytnuté informace. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za jejich trpělivost a podporu.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou logopedické intervence poskytované v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením. Teoretická část seznamuje čtenáře s problematikou sluchového postižení, možnostmi kompenzace sluchu a nejčastěji využívanými komunikačními přístupy ve výchovně-vzdělávacím procesu dětí se sluchovým postižením. Dále popisuje ontogenetický vývoj řeči u dětí se sluchovým postižením s jeho specifiky v jednotlivých jazykových rovinách, seznamuje s logopedickou intervencí, její strukturou a organizací v České republice a popisuje často se vyskytující druhy narušené komunikační schopnosti u dětí v předškolním věku. Závěr teoretické části popisuje trendy předškolního vzdělávání dětí se sluchovým postižením. Hlavním cílem praktické části práce bylo zmapovat a popsat současnou situaci v poskytování logopedické intervence dětem v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením. Konkrétnějším zaměřením práce bylo v rámci dotazníkového šetření zjistit, kdo je zde v současné době objektem logopedické intervence, kým je tato péče zajišťována a jakým způsobem spolupracují logopedi, učitelky a rodiče, kteří o tyto děti pečují. Na základě analýzy školních dokumentů a přímého pozorování chodu konkrétní mateřské školy pro děti se sluchovým postižením, bylo cílem popsat, jakým způsobem je logopedická intervence zařazena do běžných denních aktivit a v čem je přínosná pro řečový rozvoj dětí v jednotlivých jazykových rovinách.

KLÍČOVÁ SLOVA

jazykové roviny, komunikace, logopedická intervence, MŠ pro děti se sluchovým postižením, narušená komunikační schopnost, rozvoj řečové komunikace, sluchové postižení

ABSTRACT

This master's thesis deals with speech-language pathology (SLP) intervention provided in kindergartens to children with hearing impairment. The theoretical part of the thesis acquaints the reader with the topic of hearing problems, hearing compensation possibilities and the most commonly used communication strategies in the educational process of children with hearing problems. Continually, it describes the ontogenetic evolution of speech in children with hearing impairment and its specifics in different speech levels, acquaints with SLP intervention, its structure and organisation in Czech republic and describes frequently occurring types of disrupted communicational abilities in pre-school children. The closure of the theoretical part describes the pre-school education trends when it comes to children with hearing problems. The main goal of the practical part is to map out and comment on the way SLP intervention is provided in pre-schools for children with hearing impairment. The more precise aim of the work is to find out, through means of a series of questionnaires, who is the object of SLP intervention in present times and who is in charge of providing it. It also focuses on the way speech-language pathologists, parents and teachers of the mentioned children cooperate. Based on the analysis of school documents and direct observation of the workflow of a selected kindergarten for children with hearing impairment, the goal was set to describing the way SLP intervention is integrated in the daily routine of such schools and how it is useful for speech development of children in different levels of language.

KEYWORDS

Communication, Development of speech communication, Hearing impairment, Impaired communication ability, Kindergarten for children with hearing impairment, Levels of language, Speech therapy intervention

Obsah

Úvod	8
1 Problematika sluchového postižení	10
1.1 Sluch	11
1.2 Klasifikace sluchových poruch a vad	12
1.3 Diagnostika sluchového postižení	13
1.4 Technické kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením	14
1.5 Komunikační přístupy ve výchovně-vzdělávacím procesu u dětí a žáků se sluchovým postižením	20
2 Vývoj řeči a specifika řečového vývoje u dětí se sluchovým postižením	23
2.1 Ontogeneze řeči u intaktních dětí	26
2.2 Ontogeneze řeči u dětí se sluchovým postižením	29
2.3 Rozvoj řeči v jednotlivých jazykových rovinách	32
2.4 Specifika projevující se v rozvoji v jednotlivých jazykových rovinách u dětí se sluchovým postižením	34
3 Logopedická intervence a problematika narušené komunikační schopnosti	37
3.1 Logopedická intervence	38
3.2 Organizace logopedické intervence v ČR	43
3.3 NKS u dětí v předškolním věku	45
4 Výchova a vzdělávání dětí se sluchovým postižením	47
4.1 Dítě se sluchovým postižením v předškolním věku	48
4.2 MŠ pro děti se sluchovým postižením v ČR	49
4.3 Zahraniční trendy	52
5 Popis aktuální situace v poskytování logopedické intervence dětem v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením v ČR	54
5.1 Cíle a metodologie výzkumného šetření	54
5.2 Průběh výzkumného šetření	57
5.3 Charakteristika výzkumného vzorku	58

5.4	Interpretace výzkumného šetření	59
5.5	Závěry výzkumného šetření a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi	92
	Závěr	102
	Seznam použitých informačních zdrojů	104
	Seznam zkratek.....	108
	Seznam obrázků, tabulek a grafů.....	109
	Seznam příloh	111

Úvod

Pro každého člověka je jednou z nejzásadnějších součástí života komunikační schopnost, díky níž se může socializovat a získávat nezbytné vědomosti, dovednosti a různé návyky, a to po celou dobu svého života. Do většinové společnosti se osoby se sluchovým postižením začlenění mnohem snadněji, pokud dokážou komunikovat mluvenou řečí. Proto, aby děti v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením mohly maximálně rozvíjet své komunikační kompetence v mluvené řeči, je jim v rámci školního zařízení poskytována logopedická péče. „*Rehabilitace prováděná od nejútlejšího věku pod vedením zkušeného logopeda, která se přenáší do domácího prostředí, kde je realizována zcela přirozeně, s pochopením a s láskou, je velmi podstatnou podmínkou úspěchu.*“ (Holmanová, J. 2005, s. 13)

V předškolním období je pro dítě velice důležité navštěvovat mateřskou školu, kde by mělo navazovat vztahy s vrstevníky a dospělými osobami a maximálně rozvíjet komunikační schopnost. V mateřských školách pro děti se sluchovým postižením v ČR jsou děti, které mají s komunikací, zejména s mluvenou řečí, z nějakého důvodu problémy, ať už se jedná o bariéru v podobě sluchového deficitu nebo jiného druhu narušené komunikační schopnosti. Proto by měla být v takové mateřské škole poskytována péče, která by dítě v tomto ohledu maximálně rozvíjela. Takovou péči by měl zajišťovat pedagog a speciální pedagog – logoped, a to nejlépe soustavně, tedy každý den v rámci jakékoliv činnosti. Tato péče by měla být, dle logopedových instrukcí, následně realizována v domácím prostředí.

V teoretické části práce je čtenář seznámen s fakty a informacemi, které se vztahují k výzkumné části práce, tj. jakým způsobem je poskytována logopedická intervence u dětí v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením v České republice. Pro přehlednost je tato část rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola stručně nastiňuje problematiku sluchového postižení, konkrétně sluch a jeho význam v komunikačním procesu, klasifikaci sluchových poruch a vad, diagnostiku sluchového postižení, technické a kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením a v závěru kapitoly komunikační přístupy, které mohou být užívány ve vzdělávání dětí a žáků se sluchovým postižením. V druhé

kapitole je pozornost zaměřena na význam mezilidské komunikace a ontogenetický vývoj řečové komunikace jak u dětí intaktních, tak u dětí se sluchovým postižením, a to v jednotlivých jazykových rovinách. Třetí kapitola vymezuje pojem logopedická intervence a uvádí, kdo je jejím objektem a kým je tato služba zajišťována. Rovněž je zde popsána organizační struktura logopedické intervence. Ve čtvrté kapitole jsou definovány potřeby dítěte v období předškolního věku a jsou zde uvedeny možnosti předškolního vzdělávání dětí se sluchovým postižením se zaměřením na školy speciální, tedy na školy pro děti se sluchovým postižením. V závěru kapitoly jsou zmíněny zahraniční trendy ve vzdělávání dětí se sluchovým postižením v předškolním věku.

Pátá kapitola diplomové práce je zaměřena na výzkumné šetření s hlavním cílem zmapovat současnou situaci v poskytování logopedické intervence dětem v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením. V jednotlivých podkapitolách jsou předloženy metodologické postupy výzkumu. Získaná data byla různými technikami sběru dat obdržena od dvou cílových skupin, a to formou smíšeného výzkumu. Dotazníkovým šetřením byly získány informace o poskytování logopedické intervence od logopedů z osmi mateřských škol pro děti se sluchovým postižením v ČR. Výzkumné šetření bylo doplněno o analýzu školních dokumentů a přímé pozorování běžného chodu vybrané mateřské školy pro děti se sluchovým postižením se zaměřením na pedagožkami zajišťovanou kolektivní logopedickou péči.

1 PROBLEMATIKA SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ

Pro intaktní osoby je sluch nezbytnou součástí mezilidské komunikace. Jen těžko bychom si dokázali představit, jak by nás omezovalo, kdybychom tento smysl mohli v rámci komunikace používat omezeně nebo dokonce vůbec. Mnohé literární prameny uvádí, že sluchem vnímáme daleko více než zrakem. Vzhledem k tomu, že pomocí sluchu jsme schopni lépe zpracovávat informace přicházející z našeho okolí, a to již od raného věku, je zcela zřejmé, že **pokud je sluchové vnímání jakkoli narušeno, bude narušen i vývoj a tvorba řeči, což vede k problémům v mezilidské komunikaci.**

Krahulcová (2014, s. 9) hovoří o „*tzv. komunikačních a informačních bariérách, jež jsou důsledkem sluchového postižení. Tyto bariéry se v různé míře, v závislosti na stupni, typu, době vzniku sluchové vady, osobnosti člověka se sluchovým postižením a jeho životních podmínkách, promítají do procesu socializace, edukace a laborizace*“. Schopnosti mezilidské komunikace, dorozumívání a sdělování informací jsou nezbytné k tomu, abychom byli schopni začlenit se do společnosti. Podstatou, zákonitostmi vývoje, péče a především edukace osob se sluchovým postižením od jejich narození do konce života se zabývá jedna ze subdisciplín **speciální pedagogiky – surdopedie** (Hádková, 2016). Termín surdopedie pochází z latinského *surdus* (= hluchý) a *paideia* (= výchova) a za samostatnou vědní disciplínu je považována od roku 1983, kdy se oddělila od logopedie (Horáková, 2012). Na Slovensku je používán termín *Pedagogika sluchovo postihnutých*. V anglo-americké literatuře se setkáváme s termínem *Education of the Deaf* – Pedagogika neslyšících (Hrubý, 2010). Jungwirthová (2015, s. 11) uvádí, že: „*V České republice se udává četnost sluchových vad u novorozenců v rozmezí 6–12 z tisíce se středně těžkou sluchovou vadou a jedno novorozeně z tisíce s velmi těžkou sluchovou vadou. Každý rok se tak narodí zhruba 80–100 neslyšících dětí.*“

Pojem **sluchové postižení** je velmi těžko uchopitelný, jelikož skupinu osob se sluchovým postižením nelze, z důvodu rozličnosti typů vad a jejich stupňů, považovat za homogenní (Horáková, 2011). Tradičně jsou osoby se sluchovým postižením v závislosti na stupni sluchové vady a době jejího vzniku zařazovány do skupin jako osoby a děti:

- **nedoslýchavé** – jejichž vada může zapříčinit opožděný řečový vývoj, ale vhodnými sluchadly a včasnou rehabilitací je u těchto osob mluvená řeč poměrně dobře rozvinuta,
- **neslyšící** (*prelingválně x postlingválně*) – u kterých nelze maximálně rozvíjet řeč ani s pomocí korekce sluchové vady těmi nejvýkonnějšími sluchadly (řeč bývá velmi špatně srozumitelná). Neslyšící osoby, u nichž je sluchová ztráta částečně kompenzována prostřednictvím kochleárních implantátů, bývají označovány jako uživatelé kochleárního implantátu; a osoby a děti,
- **ohluchlé** – u nichž došlo ke ztrátě sluchu až po dokončení vývoje řeči, která tak bývá překvapivě poměrně málo narušena a pro okolí dobře srozumitelná. (Neubauer a kol, 2018)

1.1 Sluch

I když si to běžně neuvědomujeme, sluch je jedním z našich nejdůležitějších smyslů. Již v prenatálním období přijímáme sluchem informace o okolním prostředí, ať už jsou pro nás více či méně důležité. Díky sluchu jsme schopni dorozumívat se se svým okolím – usnadňuje nám mezilidskou komunikaci a je klíčovou složkou socializace nejen v rodině, ale rovněž v širší společnosti (Šedivá, 1997). Sluch je jednou ze základních složek podmiňujících řečový vývoj. Kromě této funkce nám sluch také usnadňuje orientaci v prostoru a registraci případného nebezpečí. Proto se neslyšící osoby musí spolehnout na kompenzační smysly – zejména zrak a hmat. Tyto kompenzační mechanismy však nikdy nemohou plnohodnotně nahradit chybějící smysl. Nejedná se pouze o vjemy související s bezpečností a zachováním života, ale také o vjemy, které souvisí s našimi myšlenkami, pocity, prožitky a přáními, které mezi sebou intaktní osoby sdílí nejčastěji pomocí řeči. Dle WHO (Světová zdravotnická organizace) je neslyšící osoba ochuzena až o 60 % poskytovaných informací. Tento fakt má zásadní dopad zejména na dětskou populaci, kdy není možno dosáhnout správného komplexního bio-psycho-sociálního vývoje. (Mukšnáblova, 2011)

1.2 Klasifikace sluchových poruch a vad

Klasifikace sluchových poruch a vad není vůbec jednoduše vymezitelná. Je nutné rozlišovat pojmy *porucha* a *vada* sluchu. Zatímco *porucha sluchu* je stav přechodný (po jejich léčbě se předpokládá zlepšení (např. při hypertrofické adenoidní vegetaci či během akutního zánětu středouší), u *sluchových vad* se jedná o stav trvalý – nelze je léčit. Klasifikaci sluchových vad rozdělujeme do čtyř kategorií, podle: lokalizace léze, podle typu, podle stupně postižení, podle etiologie. (Dlouhá, Černý, 2012)

- **Klasifikace podle lokalizace léze:**

- periferní (kochleární),
- suprakochleární (retrokokleární),
- centrální.

- **Klasifikace podle typu:**

- percepční (neurosenzorické),
- převodní a smíšené (kombinované).

- **Klasifikace podle stupně postižení (dle WHO – sluchová ztráta je uvedena v dB):**

Stupeň	Odpovídající audiometrická hodnota ISO	Název kategorie
0	0–25 dB	normální sluch
1	26–40 dB	lehké postižení sluchu
2	41–60 dB	středně těžké postižení sluchu
3	61–80 dB	těžké postižení sluchu
4	81 a více dB	velmi závažné postižení sluchu včetně hluchoty

Tabulka č. 1 Klasifikace sluchových vad podle stupně postižení WHO

- **Klasifikace vad sluchu podle etiologie:**

- vrozené vady sluchu (získané geneticky),
- získané vady sluchu – prelingválně (před dokončením vývoje řeči) x postlingválně,
- negenetické příčiny vady sluchu – pre-, peri- nebo postnatálně získané vady sluchu.

1.3 Diagnostika sluchového postižení

Určení diagnózy sluchové vady, ať už vrozené či získané v prelingválním období není vůbec jednoduché a vzhledem k vážnosti důsledků, které ze sluchové vady vyplývají, je důležité tuto vadu co nejdříve diagnostikovat, abychom tyto důsledky v co největší možné míře omezili. Čím dříve je vada/porucha sluchu odhalena, tím méně je narušen vývoj dítěte a celé jeho osobnosti. Ideální stav je, když se vadu podaří diagnostikovat již v kojeneckém období a následně je určen její typ a velikost sluchové ztráty (Holmanová, 2002). Tyto informace umožní získat nějaký čas, aby bylo možné zvolit vhodné lékařské, výchovné, vzdělávací a rehabilitační postupy, nezbytné pro zajištění přirozeného vývoje jedince. (Souralová, 2006 In Horáková, 2012)

Holmanová (2002) uvádí klasický postup v rámci diagnostiky dítěte, se kterým se setkávala během své mnohaleté lékařské praxe. Sluchovou vadu u dítěte objeví nejčastěji rodiče, a to obvykle mezi 2. a 6. měsícem věku. Rodiče se s těmito obavami svěří pediatrovi, který je na základě tohoto podezření neprodleně odešle na odborné vyšetření, a to ve všech případech. Potvrdilo se, že podezření rodičů na sluchovou vadu dítěte bývá zpravidla prokázáno. Poté následuje ověření na odborném pracovišti. Následné odborné vyšetření provádí foniatři ORL (otorinolaryngologičtí) lékaři. Oborem, zabývajícím se stavem sluchu, jeho vyšetřováním, léčbou a kompenzací, je audiologie (podobor foniatrie). (Houdková, 2005)

Každé odborné vyšetření začíná zjišťováním rodinné a osobní anamnézy vyšetřovaného. Následně lékař vyšetří zevní část ucha a bubínku – tzv. otoskopie, která je prováděna za využití otoskopu, mikroskopu nebo nejčastěji ušního zrcátka. Z tohoto vyšetření může lékař zjistit, zda se nejedná o převodní poruchu, způsobenou ucpáním zvukovodu ušním mazem – cerumenem (Horáková, 2012). Poté co lékař vyšetří anatomickou stavbu ucha, následuje vyšetření funkce ucha. Lékař sleduje u kojence několik reflexů, kdy dítěti nesmí být poskytnuto vidět zdroj, ze kterého zvuk přichází. Za pomoci různých hraček (chrastítka, zvonečky, pískátka atp.) jsou vydávány zvuky a pozorují se reflexy (víčkový, zornicový, orientační a pátrací), které by měly být vyvolány, jako reakce na zvuk. Pokud se u dítěte

objeví neobvyklé reakce nebo pokud na tyto podněty nereaguje vůbec, zkouška je doplněna elektro-fyziologickými metodami. (Horáková, 2012)

Na základě určené diagnózy se rodiče rozhodují, jakým způsobem postupovat, aby byl dítěti umožněn všestranný rozvoj jeho osobnosti, a vybírají vhodnou metodu komunikace. Nejen z tohoto důvodu je zcela nezbytné, aby odborníci, kteří určí diagnózu, odkázali na organizace, které zajišťují ranou péči rodinám dětí se sluchovým postižením.

1.4 Technické kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením

Kompenzačními pomůckami rozumíme ty pomůcky, které umožňují osobám se sluchovým postižením překonat následky jejich postižení. V tomto případě hovoříme o širokém souboru speciálních zesilovacích elektroakustických přístrojů, které usnadňují vnímání mluvené řeči, především sluchadla, kochleární implantáty, FM pojítka, indukční smyčky apod. (Bytešníková, Horáková, Klenková, 2007 In Hádková, 2016)

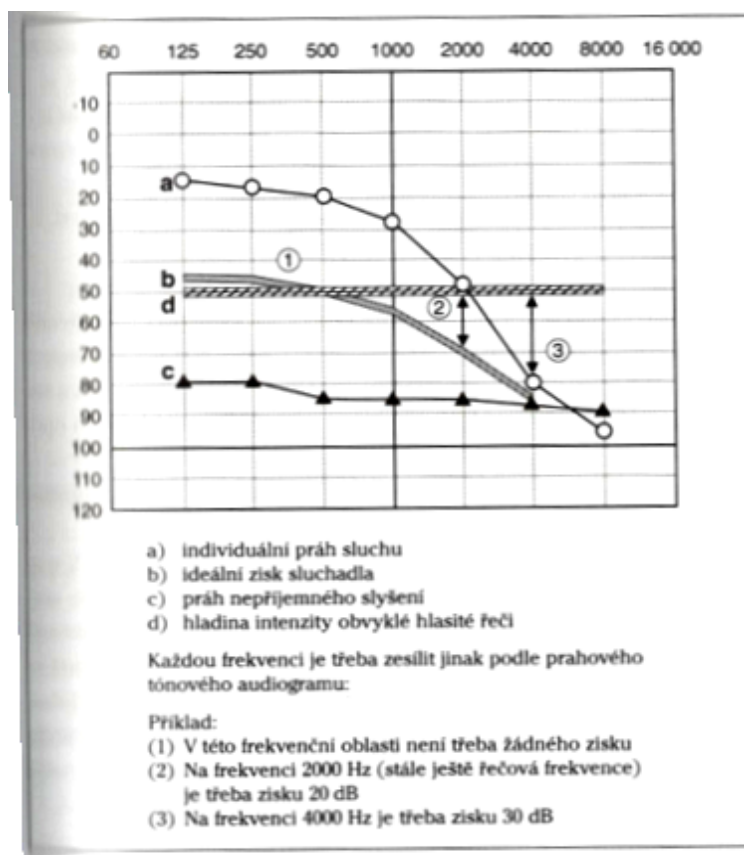
U dětí se sluchovým postižením v předškolním věku se nejčastěji setkáme se sluchadly nebo s kochleárními implantáty.

Sluchadla

Základní a nejčastější kompenzační pomůckou užívanou osobami se sluchovým postižením jsou sluchadla. Využívají je děti i dospělí bez ohledu na závažnost sluchové ztráty (od lehké nedoslýchavosti až po těžkou), (Horáková, 2012). Jedná se o miniaturní elektroakustický přístroj, jehož úkolem je zesilovat a modulovat zvuky, které z okolí dopadají na mikrofon sluchadla, v němž se mění na elektrický proud, který je pomocí zesilovače značně zesílen, upraven dle individuální sluchové vady a následně veden do reproduktoru, kde se elektrický proud mění na zvukové vlny (Hádková, 2016). Zesílený zvuk je poté veden do sluchového analyzátoru.

Sluchadlo musí být nastaveno na míru dle specifík individuální sluchové vady – tzv. „fitting“. Ten nám určuje, jaký je zisk sluchadla – tj. takové nastavení, které umožňuje

co nejlepší slyšení a rozumění řeči (Lejska, 2003, In Houdková, 2005). Obrázek č. 1 znázorňuje frekvenční průběh zisku.



Obrázek č. 1 Frekvenční průběh zisku (zdroj: Lejska, 2003, In Houdková, 2005, s. 23)

V současné době existuje celá řada sluchadel, která můžeme rozlišovat dle několika způsobů. Havlík (In Horáková, 2012) uvádí dělení:

1. Dle způsobu zpracování akustického:

- analogová sluchadla,
- digitální sluchadla.

2. Dle charakteru přenosu zvuku:

- přenos zvuku vzduchem,
- kostní vedení zvuku.

3. Dle tvaru:

- závěsná,

- zvukovodová (nitroušní) – kanálová; zvukovodová; boltcová,
- kapesní,
- brýlová.

Sluchadla předepisuje a nastavuje odborný lékař – foniatr nebo otorinolaryngolog, a to na základě vyšetření pomocí diagnostických metod. Sluchadla i individuální ušní tvarovky jsou osobám se sluchovým postižením přidělována z prostředků všeobecného zdravotního pojištění, což je ošetřeno zákonem č. 59/2009 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. (Hádková, 2016)

Kochleární implantát (KI)

Jedná se o elektronickou funkční smyslovou náhradu, která převádí zvukový signál na signál elektrický a stimuluje nervová zakončení ve vnitřním uchu. Samotný procesor kochleárního implantátu, jež bývá umístěn za uchem (BTE = Behind The Ear), nahrazuje funkci poškozených vláskových buněk uvnitř kochley (hlemýždě), kde přeměňuje zvuk na elektřinu. Zvukový signál, rozdělený do 10–20 frekvenčních pásem, je veden elektrickým vodičem od procesoru až na magnetickou cívku, která je přiložena za uchem. Pod kůží je voperovaná přijímací cívka, ze které vychází vodič, což je několikacentimetrový izolovaný svazek elektrod, prostrčený do nitra kochley. Jednotlivé elektrody pak stimulují zachovaná vlákna sluchového nervu. Výsledná informace je vedena do vyšších sluchových drah a poté dále do mozku, kde je rozeznávána jako zvuk. (Dlouhá, Černý, 2012)

Dle Hádkové (2016, s. 76), se jeho nositelům „v naší terminologii říká **uživatel kochleárního implantátu (uživatel CI)**. V německé terminologii se setkáváme se dvěma pojmy, dětští uživatelé jsou CI-Kinder a dospělí CI-Träger. V britské literatuře se užívá termín *Cochlear Implant User*.“

Vhodným adeptem pro KI je osoba, jejíž sluchová ztráta je tak těžká, že zbytky funkčnosti vláskových buněk již nelze pro rozumění řeči využít pouhým zesílením zvuku pomocí sluchadel. Podmínkou je však zachovaná funkčnost sluchového nervu a rovněž vyšších etáží sluchové dráhy. U KI platí pravidlo, že čím dříve je u dětí provedena, tím lépe. Například

Mukšnábllová (2014) uvádí jako hranici kochleární implantace u prelingválně neslyšících dětí 6 let věku. Dlouhá a Černý (2012) uvádějí věkovou hranici pro kochleární implantaci dětí s vrozenou hluchotou max. do 4–5 let věku. Jako druhou skupinu pak uvádí osoby později ohluchlé, u nichž byl v raném věku zajištěn kvalitní rozvoj sluchové oblasti. Vzhledem k nákladnosti operace a zejména k život i zdraví ovlivňující metodě, jakou je operace prováděna, je nezbytné, aby o jejím uskutečnění rozhodla vícečlenná komise, jejímiž členy jsou: tým odborných lékařů (foniatr, otorinolaryngolog), psycholog, zástupce zdravotní pojišťovny, zástupce ministerstva zdravotnictví a zejména zástupci zákonní, tedy rodiče dětí s postižením sluchu.

Kochleární implantát je kompenzační pomůckou, která osobě s těžší vadou sluchu umožňuje zařazení do slyšící společnosti a při komunikaci užívat mluvenou řeč. Musíme si však uvědomovat fakt, že když tato osoba odloží svou kompenzační pomůcku, ztrácí možnost vnímat mluvenou řeč sluchem. (Horáková, 2011)

Sluchově-řečová výchova

Aby mohla být u dětí se sluchovým postižením započata včasná rehabilitace sluchu a řeči, musí být terapeut obeznámen s určitými faktory, které rehabilitaci těchto dětí ovlivňují. Jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňující rehabilitaci je věk, ve kterém byla sluchová vada diagnostikována, a zdali byla rehabilitace zahájena bezprostředně po určení diagnózy. Dále nás zajímá, zda ke sluchovému postižení došlo prelingválně či postlingválně a z jaké příčiny. Dalším z důležitých faktorů je typ a stupeň sluchové vady. Nesmíme opomenout také schopnost dítěte využít svého sluchového potenciálu, povahové vlastnosti, nadání pro řeč, inteligence, psychická odolnost atd. V neposlední řadě musíme zmínit rodinu a její postoj k celé situaci. (Houdková, 2005)

Důležitou složkou, která je nezbytná pro úspěšnou rehabilitaci sluchu, jsou několikrát zmiňované vhodné kompenzační pomůcky – sluchadla a kochleární implantáty. Primárně se však terapeut snaží pracovat s dítětem, které má sluchadlo. O kochleární implantaci se uvažuje až ve chvíli, kdy dítěti k řečovému vývoji pouze sluchadlo nestačí, což lze posoudit až asi po půl roce důsledně prováděné rehabilitace při celodenním užívání

sluchadel (Holmanová, 2002). Rehabilitační proces má vždy stejný postup a je nutné postupovat po jednotlivých krocích a žádný z nich nepřeskočit, či snad dokonce vynechat.

Dle Holmanové (2002), prochází postup rehabilitace těmito fázemi:

- *Detekce* – zjištění přítomnosti zvuku,
- *Diskriminace* – rozlišování dvou podnětů,
- *Identifikace* – určování,
- *Rozumění*.

Svobodová (2005) uvádí posloupnost ve sluchové výchově takto:

- *Detekce,*
- *Diskriminace,*
- *Diferenciace,*
- *Identifikace,*
- *Opakování,*
- *Porozumění.*

Detekcí rozumíme schopnost reagovat na to, zda je či není přítomen zvuk. V rámci této rehabilitační fáze se dítě učí zareagovat na zvuky z okolí a také zaměření pozornosti na dané zvuky. Jedná se tedy o základní schopnost, tj. schopnost určit, zda zvuk je či není přítomen. Pokud dítě nedetekuje zvuky, tedy nepozná, zda nějaký zvuk slyší nebo neslyší, není možné, aby bylo schopno rozlišit, určovat či dokonce rozumět onomu zvuku. Schopnost detekce můžeme rozvíjet následujícími způsoby: spontánní uvědomění si zvuku, podmíněná reakce na zvuk, detekce řady různých původců hluku a zvuků okolního prostředí atd. (Holmanová, 2002)

Diskriminace (rozlišování) je schopnost vnímat určité podobnosti a rozdíly mezi dvěma či více podněty (zvukovými nebo řečovými). Způsoby nácviku mohou být např.: rozlišování dvou nebo více hudebních nástrojů; rozlišování tichého x hlasitého zvuku; rozlišování krátkého x dlouhého zvuku; rozlišování vysokého x hlubokého zvuku; rozlišování pomalého x rychle se opakujícího zvuku; rozlišování počtu slabik atd. (Holmanová, 2002)

Identifikací (určováním) rozumíme schopnost označit konkrétní zvukový nebo řečový podnět (ukázáním nebo zopakováním). Rozvíjet identifikaci lze na nejrůznějších zvucích, např. za využití počítačových programů, a to v zavřeném, polootevřeném či otevřeném souboru; identifikace krátkých vět s opakováním jednoho slova; identifikace jedno/dvouslabičných slov; identifikace mužských/ ženských/ dětských hlasů atd. (Holmanová, 2002)

Rozumění je schopnost pochopit význam řeči, což se projeví adekvátní reakcí – odpovídáním na otázky, vykonáváním pokynů a účastí v hovoru. Nácvik porozumění lze provádět na různých pokynech, které jsou prováděny od těch nejjednodušších, následně rozšířených pokynech. (Holmanová, 2002).

Odezírání

Další nezbytnou složkou pro úspěšnou rehabilitaci dítěte se sluchovým postižením je odezírání. Jedná se o určitou dovednost jedince vnímat mluvenou řeč pouze pomocí zraku a na základě pohybu úst, mimiky obličeje, výrazu očí, gestikulace a pohybu celého těla mluvčího, pochopit obsah sdělení. (Janotová, 1999)

Aby bylo odezírání úspěšné, je nezbytné, aby byly splněny vnitřní i vnější podmínky. Vnitřními podmínkami rozumíme určité vrozené předpoklady jako např. správná funkce a stav zrakového analyzátoru, ale i schopnost koncentrace, zaměření pozornosti a dobré paměťové funkce. Z vnějších podmínek jsou pro možnost kvalitního odezírání klíčovými faktory např. dobrá viditelnost mluvčího (především jeho úst) či dostatečná intenzita světla. Mluvicí člověk by měl dodržovat určité zásady, aby odezírajícímu člověku tuto činnost maximálně ulehčil, např.: před zahájením konverzace by měl neslyšícího dostatečně upozornit, měl by být s odezírajícím v dobré vzdálenosti (0,5–3 m), neměl by mluvit ani příliš rychle ani příliš pomalu, neměl by na sobě mít určité rušivé elementy, které by znesnadňovaly proces odezírání (sluneční brýle, žvýkačku, plnovous apod.) atd. (Mukšnáblová, 2014)

1.5 Komunikační přístupy ve výchovně-vzdělávacím procesu u dětí a žáků se sluchovým postižením

Předpokladem úspěšné rehabilitace osoby se sluchovým postižením je včasné určení diagnózy, přidělení vhodných kompenzačních pomůcek (sluchadla či KI) a zahájení intenzivní a komplexní rehabilitační péče s dítětem a jeho rodinou, s čímž souvisí včasný výběr vhodného komunikačního přístupu. Tento výběr se zásadně liší u slyšících a neslyšících rodičů dítěte se sluchovým postižením. Je přirozené, že neslyšící rodiče, pro něž je Český znakový jazyk primárním (mateřským) jazykem, považují tento komunikační prostředek za naprosto přirozený, což umožňuje i vybudování silného citového pouta (Vymlátílová, 2003 In Hádková, 2016, s. 112). Pro slyšící rodiče dětí se sluchovým postižením je však volba komunikačního přístupu náročnější.

Potměšil (2003, s. 73) dělí komunikační přístupy osob se sluchovým postižením do pěti skupin, a to zejména podle komunikačních technik, které jsou primárně používány. Těmito přístupy jsou:

1. *„orální přístup,*
2. *přístup s využitím totální komunikace,*
3. *přístup postavený na bilingvální komunikaci,*
4. *komunikační techniky vhodné pro sluchově postižené žáky v integraci,*
5. *komunikační techniky vhodné pro práci s dětmi s kochleárním implantátem“.*

Níže jsou podrobně popsány první tři komunikační přístupy, které jsou nejčastěji užívány ve výchovně-vzdělávacím procesu ve speciálních mateřských školách pro děti se sluchovým postižením.

Přístup orální (nebo také **auditivně-orální**) si klade za cíl osvojení mluvené (zvukové) řeči na takové úrovni, která umožňuje sociální začlenění člověka se sluchovým postižením do společnosti. Zásadou tohoto přístupu je formování mluvené řeči za využití zbytků sluchu, hmatu a vizuálních podnětů. Dle Souralové a Langer (2005) jsou hlavními prostředky, díky nimž mohou být vystavěny jazykové struktury mluveného jazyka, především: sluchový trénink (reedukace sluchu), odezírání a individuální logopedická péče. V současné době

je díky dostupnosti výkonných kompenzačních pomůcek – sluchadel a kochleárních implantátů, velmi často volena tato metoda komunikace. Holmanová (2003) poukazuje na nutnost včasné rehabilitace – **sluchové a řečové výchovy a nácvik odezírání**. Důležité je maximální využití zbytků sluchu již od nejútlejšího věku dítěte, rovněž také vedení dítěte k produkci řeči.

Přístup s využitím **totální komunikace**, který je znám rovněž pod pojmy celostní či globální komunikace, je mnohými surdopedy považován spíše za filozofii. V rámci tohoto přístupu není žádná komunikační metoda vyzdvižována ani zavržována. Snahou tohoto přístupu je využití všech dostupných komunikačních prostředků s příležitostí naučit se jak orální, tak i manuální komunikační schopnosti a dovednosti (Muknsnáblova, 2014). Hrubý (1997, In Hádková, 2016, s. 203), uvádí jako prostředky komunikace: „*mluvu, znaky, přirozené posunky, řeč těla, prstovou abecedu, odezírání, čtení a psaní, stejně tak by se mu mělo dostat maximálního rozvoje využitelných zbytků sluchu.*“

Obrázek č. 2 znázorňuje strukturu totální komunikace.



Obrázek č. 2 Struktura totální komunikace (zdroj: Potměšil, 1999, s. 18, In Hádková, 2016, s. 118)

Bilingvální přístup se vyznačuje užitím dvou jazyků, kdy je užíván jak jazyk menšinový (jazyk Neslyšících), v tomto případě národní znakový jazyk, tak jazyk většinové slyšící společnosti, což je národní jazyk v mluvené i psané podobě. V současnosti se hovoří

o tzv. BiBi, tedy o bilingválním a bikulturním přístupu, který již ve svém názvu odráží kulturní odlišnost jeho uživatele. U nás je pro tyto osoby mateřským jazykem Český znakový jazyk a následně je zařazen jazyk český, zpravidla v jeho psané podobě. Zákon č. 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči a o změně dalších zákonů a další související zákony, popisuje v § 4 Český znakový jazyk jako přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Oba tyto komunikační systémy jsou žákům zprostředkovávány rodilými mluvčími obou jazyků. (Horáková, 2012)

Obrázek č. 3 znázorňuje strukturu a vývoj bilingvální komunikace.



Obrázek č. 3 Struktura a vývoj bilingvální komunikace (zdroj: Krahulcová, 2003, s. 52, In Hádková, 2016, s. 117)

2 VÝVOJ ŘEČI A SPECIFIKA ŘEČOVÉHO VÝVOJE U DĚTÍ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

Řečovou komunikaci rozumíme komplexní proces, na němž se podílejí a vzájemně podmiňují tři typy předpokladů. Dle Nebeské (1992, In Neubauer, 2010, s. 23) jsou to:

- „vrozené mentální předpoklady užívání jazyka,
- předpoklady získané aktivní interakcí jedince s prostředím (učením),
- i faktory aktuálně působící v komunikační situaci.“

Na praktické řečové (zvukové) realizaci jazyka se podílí několik složek, díky nimž je pomocí motoriky mluvidel možné, vyjádřit jazykový obsah myšlenkové činnosti. Těmito složkami dle Neubauera (2010) jsou:

- centrální nervová soustava (CNS) – mozek a nervové dráhy,
- kognitivní schopnosti – pozornost, paměť, schopnost cíleného soustředění,
- řečová centra v mozku,
- sluchová percepce řeči,
- orofaciální soustava – dechové (respirační), hlasové (fonační) a artikulační (mluvidla) ústrojí, rezonanční prostory,
- mezilidská komunikace.

Pro objasnění této problematiky je nezbytné vysvětlit pojmy **komunikace, jazyk a řeč**.

Komunikace (z lat. *communicatio, communicare*) = **sdělování**, je termín, označující dorozumívání, spojování, přenášení, což je základem interakce, tedy vzájemného působení a ovlivňování dvou nebo více činitelů. (Hartl, 1994 In Hádková, 2016)

Klenková (2006, s. 26) popisuje čtyři základní prvky komunikace, složitého procesu výměny informací, které se vzájemně ovlivňují a jsou jimi:

- „**komunikátor** (zdroj informace, osoba sdělující něco nového),
- **komunikant** (příjemce informace, který na ni nějakým způsobem reaguje),

- **komuniké** (nová informace, obsah sdělení),
- **komunikační kanál** (obě strany musí používat předem dohodnutý kód, aby si rozuměly). “

Verbální (slovní, řečová) komunikace může být orální nebo psaná (čtená). Většinou se jedná o vědomý proces, kdy slovními prostředky interpretujeme, argumentujeme, žádáme, poskytujeme vysvětlení atd. (Neubauer, 1997 In Hádková, 2016)

Hádková (2016) dále uvádí, že: „*Moderní surdopedická literatura řadí k verbální komunikaci i znakový jazyk. Ten je na rozdíl od mluveného vokálního jazyka nevokální a liší se sdělovacím kanálem.*“

Znakové jazyky nejsou vnímané sluchem, ale zrakem. Jejich základem není zvuk, nýbrž tvary, pozice a pohyby rukou. Jsou tzv. nevokální, čímž se odlišují od mluvených jazyků. (Macurová, 2001 In Hádková, 2016)

Nonverbální (neverbální, neslovní) komunikace má oproti komunikaci verbální mnohem širší škálu dorozumívacích prostředků, např. komunikace zraková, pohybová, čichová, komunikace uměním atd. Na rozdíl od verbální komunikace jsou její formy vesměs nevědomé reflexní činnosti, kterými sdělujeme city, pocity, sympatie, nálady, navázání kontaktu atd. (Neubauer, 1997 In Hádková, 2016)

Křivohlavý (1980, In Hádková, 2016) zařazuje pod pojem **nonverbální komunikace** deset podskupin:

- **mimika** – vyjádření vnitřních psychických stavů prostřednictvím mimických výrazů obličejových svalů,
- **řeč očí** – obvykle první prostředek k navázání kontaktu,
- **proxemika** – vzdálenost mezi osobami, kterou lze rozdělit na čtyři základní: intimní, osobní, pracovní a veřejnou,
- **posturologie** – sdělování prostřednictvím fyzických postojů, které lze dělit na otevřený (přátelský) a uzavřený (odmítavý),

- **kinestetika** – pohyby rukou, nohou a hlavy,
- **gestika** – pohyby rukou, sdělování gesty, která by měla být používána ve shodě s verbálním obsahem konkrétního sdělení,
- **haptika** – dotyky, které jsou častější u lidí s přátelským vztahem,
- **paralingvistika** – složky doprovázející slovní projev: hlasitost, výška a barva hlasu, intonace, tempo řeči, atd.,
- **celkový vzhled** – upravenost/neupravenost,
- „šestý smysl“ – dovednost dešifrovat sdělení.

Pojem **jazyk** popisuje Klenková (2006, s. 26) jako „*soustavu zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy*“, díky níž je člověk schopen vyjádřit veškeré představy o světě a vlastní prožitky. Pro člověka je důležité ovládat a používat určitý jazyk, zejména jazyk mateřský (český, anglický, ale i znakový jazyk u neslyšících osob). Jazyk má určité funkce. Tou nejdůležitější je funkce dorozumívací a vyžaduje znalost jazyka na stranách obou (všech) komunikačních partnerů. (Klenková, 2006)

Neubauer (2010, s. 9) definuje jazyk jako „*základní systém lidské komunikace, který je prakticky realizován mluvenou řečí nebo písmem, nebo i manuálním způsobem (např. znakový kód neslyšících osob)*.“ Každý jazyk má vlastní slovník a svá vlastní pravidla – gramatická a syntaktická. Jazyk, jakožto výraz duševní činnosti člověka, může být nějakým způsobem předáván okolí. Tím způsobem je nejčastěji mluva, avšak jazyk může zůstat i aktivitou individuální, tedy vnitřní mluvou bez řečové exprese. (Neubauer, 2010)

Řečí, specificky lidskou schopností, člověk vědomě užívá jazyk, a to ve všech jeho formách. Řeč je vlastně motorickou realizací jazyka, na níž se podílí respirační, fonační a artikulační ústrojí. Klenková (2006, s. 27) upozorňuje na fakt, že „*řeč není pouze záležitostí mluvních orgánů (zevní řeč), ale především mozku a jeho hemisfér (vnitřní řeč)*. Úzce souvisí s kognitivními procesy a myšlením.“

Foniatr Seeman (Sovák, 1978 In Hádková, 2016) považoval řeč za nejsložitější výkon lidského intelektu, výkon, jehož se účastní pohyby svalstva dýchacího, hlasového a hláskovacího.

Neurolog Popek (Sovák, 1978 In Hádková, 2016) poznamenává, že zásadní jsou rozdíly mezi řečí zevní a vnitřní: „*Zevní řeč je funkce motorická, expresivní, je to tvorba hlásek, jimiž předvádíme jiným lidem vlastní psychické pochody. Vnitřní řeč je naučený pochod duševní, myšlenkový, který je částí naší paměti. Existence vnitřní řeči je podmínkou pro existenci zevní řeči.*“ (Hádková, 2016, s. 8)

2.1 Ontogeneze řeči u intaktních dětí

Vývoj řeči je dlouhodobý proces, který prochází několika fázemi. Aby se řeč mohla vyvíjet správným způsobem, záleží na mnoha faktorech. Primárně musí být intaktní anatomické a fyziologické složky – ústrojí respirační, fonační a artikulační. (Klenková, 2007)

Jedlička (In Škodová, Jedlička, 2003, s. 90) popisuje nezbytné **podmínky ke správnému vývoji řeči následovně:**

- „*nepoškozená CNS,*
- *normální intelekt,*
- *normální sluch,*
- *vrozená míra nadání pro jazyk,*
- *adekvátní sociální prostředí (otázka stimulace k řeči)*“.

Vývoj řeči začíná již v raném období života dítěte, a to ještě před narozením. Například již od 5. měsíce nitroděložního vývoje je plod schopen vnímat zvuky z vnějšího prostředí. Houdková (2005, str. 14) uvádí, že: „*období od 5. měsíce těhotenství do 18. až 28. měsíce života dítěte je považováno za rozhodné pro vývoj sluchu a řeči.*“ V tomto období nejen že dochází k postupné maturaci centrálního nervového systému, ale také je již funkční vnitřní ucho a *VIII. hlavový nerv (nervus vestibulocochlearis)*, což má zásadní vliv na samotné slyšení. V nitroděložním období vývoje jsou vnější zvukové stimuly tlumeny

stěnou matčina břicha a rovněž plodovou vodou ve středním uchu dítěte. Ačkoliv je dítě na zvukové podněty zvyklé z nitroděložního vývoje, i přesto je pro něj po narození náročné adaptovat se na rušné prostředí a silné zvukové podněty. Nejlépe je dítětem přijímán hlas matky, na který je zvyklé. (Houdková, 2005)

Jako první komunikační projev u dítěte zaznamenáváme **křik** (tzv. novorozenecký křik), který od narození přetrvává až do 8. týdne věku dítěte (Novák, 1994). Pro tento typ křiku je typický tvrdý hlasový začátek a z jednotvárného zvuku se postupně stává více diferencovaným, podle aktuálních potřeb dítěte. V novorozeneckém období můžeme rovněž pozorovat první prvky **nonverbální komunikace**.

Přibližně ve třetím měsíci života nastupuje tzv. období **broukání**, které přechází v **pudové žvatlání**, kdy dítě utváří tzv. dětské zvučky (prahlásky, prefonémy), které jsou předchůdci hlásek mateřského jazyka. Dítě si hraje s mluvidly a utváří se u něj tzv. akusticko-fonační reflex, kdy si dítě začíná uvědomovat souvislost mezi pohyby mluvidel a vydáváním určitých zvuků, což jsou vlastně průpravné pohyby pro budoucí artikulaci (Novák, 1994). Od 6. měsíce však za první hlásky, které jsou pro něj fyziologicky nejsnadněji vyslovitelné – hlásky p, b, m (*bilabiální* = *obouretné*) a vokály (a, e, i, o, u). Mezi 4. a 6. měsícem již dítě pozorněji reaguje na známé hlasy a postupně rozlišuje zabarvení hlasu. Toto období trvá zhruba do 8. měsíce života dítěte. Dítě je již schopno ovládnout nejučinnější způsob, jak pohybovat hlavou – otočí ji kamkoliv přímo za zdrojem zvuku (Machek, rok neuveden, In Houdková, 2005). Na toto období plynule navazuje období tzv. **napodobujícího** (napodobivého) **žvatlání**. Mezi 8. a 12. měsícem se u dítěte objevují první slova, která jsou již spojena s významem. Po prvním roce se nejprve z pomalého, ale stále se zrychlujícího řečového rozvoje postupně zvětšuje **slovní zásoba** a kolem druhého roku je již dítě schopno užívat víceslovná mluvní spojení. Zhruba ve třech letech obsahuje slovní zásoba intaktního dítěte okolo 700 slov (individuální a těžko zjištělné) a výrazně se projevuje gramatizace větného projevu, která zahrnuje správné užívání 1. osoby, jednotného a množného čísla, minulého času atp. Mezi 3. a 6. rokem věku, v období předškolního věku, je řeč dítěte soustavně rozvíjena. Před vstupem do základní školy by dítě mělo mluvit artikulaci správně a v jeho projevu by se neměly vyskytovat závažné dysgramatismy. Dítě je schopno hovořit

v delším souvětí, umí vypravovat (s porozuměním obsahu) a zvládá řadu básniček, říkanek a písniček. (Neubauer, 2010)

Existuje několik vymezení stadií vývoje dětské řeči. Těmi nejčastěji uváděnými, jsou:

Sovák (1984) – Stádia vývoje dětské řeči:

1. přípravná stádia (předřečové období)

- období křiku,
- období broukání,
- období pudového žvatlání,
- období napodobivého žvatlání,
- období rozumění řeči.

2. stadia vlastního vývoje řeči

- stadium emocionálně-volní,
- stadium egocentrické,
- stadium asociačně-reprodukční,
- stadium rozvoje komunikační řeči,
- stadium logických pojmů,
- intelektualizace řeči.

Lechta (1995) dělí vývoj řeči na tato na sebe navazující období:

• období pragmatizace	přibližně do konce 1. roku života
• období sémantizace	1. – 2. rok
• období lexémizace	2. – 3. rok
• období gramatizace	3. – 4. rok
• období intelektualizace	po 5. roce

Tabulka č. 2 Ontogenetický vývoj řeči dle Viktora Lechty

Krahulcová (2007) – Vývoj artikulace:

Věk (roky)	Hlášky
• 1 – 2,5	b, p, m, a, o, u, i, e; j, d, t, n, l (artikulační postavení l ovlivňuje vývoj hlásky r)
• 2,6 – 3,5	au, ou, v, f, h, ch, k, g
• 3, 6 – 4,5	bě, pě, mě, vě, d', t', ň
• 4, 6 – 5,5	č, š, ť
• 5, 6 – 6,5	c, s, z, r
• 6,6 – 7	ř, diferenciacce č, š, ť, – c, s, z

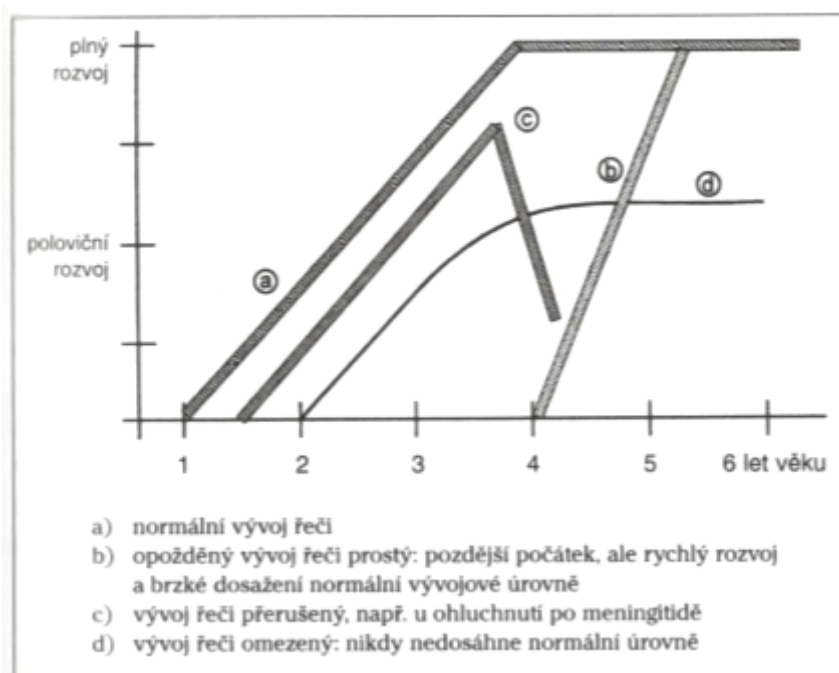
Tabulka č. 3 Vývoj artikulace dle Beáty Krahulcové

2.2 Ontogeneze řeči u dětí se sluchovým postižením

Děti, které se narodí se sluchovou vadou nebo ji získají v raném věku, mají riziko opožděného vývoje řeči. Dalšími aspekty, jak se bude řeč dítěte se sluchovým postižením vyvíjet, je např. v jakém věku byla zjištěna sluchová vada a zda došlo ke vhodné a adekvátní kompenzaci sluchadly či kochleárním implantátem. Dalším důležitým aspektem je fakt, zda byla u dítěte edukována řeč a sluch, případně od jakého věku a v jaké intenzitě. Včasnost přidělení sluchadel nebo kochleárního implantátu má zásadní vliv nejen pro rozvoj řeči, ale pro rozvoj intelektu dítěte. U dětí s nedoslýchavostí se vývoj řeči bude lišit od vývoje řeči dětí s těžkou sluchovou vadou.

U dětí neslyšících hovoříme o **omezeném vývoji řeči**, u dětí nedoslýchavých o **opožděném vývoji řeči** a u dětí, které do určitého věku ztratily sluch, budeme hovořit o **přerušeném vývoji řeči** (Lechta, 2011). Matuška (In Lechta, 2011, s. 89) uvádí, že: „u dětí se sluchovým postižením s více poruchami, zejména s neurogenními poruchami, a to u neslyšících i nedoslýchavých, je vývoj řeči značně omezený – až do té míry, že je často třeba u nich rozvíjet neverbální formy komunikace.“

Obrázek č. 4 znázorňuje schéma narušeného vývoje řeči.



Obrázek č. 4 Schéma narušeného vývoje řeči (zdroj: Houdková, 2005, s. 23)

Vývoj řeči u neslyšících dětí se bude zásadně lišit od vývoje řeči intaktního dítěte, ale také nesmíme opomenout, že se bude lišit i tzv. spontánní vývoj řeči, tedy vývoj sluchově postiženého dítěte, u kterého nebyla zajištěna včasná stimulace ze strany zainteresovaných odborníků (Lechta, 2012). Odlišnosti vývoje se projevují v kvantitě i kvalitě řeči, dále také v jejím tempu. Pokud hovoříme o dětech s vrozenou (prelingvální) hluchotou, můžeme si u nich všimnout tzv. předverbálních (předřečových) projevů. Tyto zvukové projevy však také mohou být různě deformované, např. tlumený, kolísavý či slabý křik, monotónní žvatlání atp.

Stadium, které by mělo (za normálního ontogenetického vývoje řeči) následovat, je napodobující žvatlání. V tomto období však téměř všechny zvukové projevy dítěte zanikají, jelikož napodobující žvatlání je založeno zejména na základě zapojení vědomé sluchové kontroly, která zde chybí (Lechta, 2011). V tomto období je rovněž velmi důležitá volba komunikační strategie, která se musí pečlivě zvážit u individuálních dětí. Hádková

(2016) uvádí termín manuální žvatlání, čímž nahrazuje dítě, které se narodilo do neslyšící rodiny, žvatlání vokalizační. Pro tuto činnost je nezbytné předchozí navázání očního kontaktu s dospělou osobou, nejčastěji s matkou. Sovák (1981 In Lechta, 2002, s. 142) upozorňuje, že: *„jen při koncentrované zrakové pozornosti dokážou z mimiky a gestikulace mluvících lidí vyrozumět alespoň zlomky z předmětu rozhovoru. Kvůli tomu však musí obvykle přerušit právě vykonávanou činnost. Protože mnoho souvislostí takto pochopí nesprávně, zákonitě zaostávají nejen ve vývoji myšlení, ale i v citovém vývoji.“*

V období od jednoho roku do tří let věku, tedy v batolecím období, dochází k výraznému rozvoji dětské osobnosti, tzv. období autonomie (Vágnerová, 2000 In Hádková, 2016), kdy je porozumění řeči úzce spojeno s činnostmi a pokusy o komunikaci. U dětí se sluchovým postižením je rozvoj psycho-motorických funkcí značně omezen. Zatímco u intaktních dětí se zdokonaluje řečová komunikace, diferencují se jeho emocionální reakce a sociální vývoj, zapojuje se do rodiny atp., u dítěte se sluchovým postižením jsou poznávací procesy či rozvoj jazyka značně omezeny. (Hádková, 2016)

Dle Mandzákové a Žatkové (1985 In Hádková, 2016, s. 103), je: *„pozornost dětí se sluchovým postižením nezralá, spontánně a bezděčně vázaná spíše nápadnými podněty. Děti si snadněji zapamatují to, co je upoutalo, a nezafixují si podstatné vlastnosti. Nezralost a netrénovanost pozornosti se projevuje v povrchní koncentraci. Představy těchto dětí bývají často obsahově odlišné.“*

Problém nastává zejména v oblasti socializace, kdy dětem se sluchovým postižením chybí komunikativní funkce řeči, jelikož užívají jiný komunikační systém. Proto nemohou dostatečně porozumět svému okolí a možnosti vyjádření jejich potřeb a pocitů mají velmi omezené. Všechny tyto jevy mají vliv na obtíže v pochopení požadavků a pravidel chování, což se může projevit jako negativismus a nedostatečná empatie, která může přetrvávat i v pozdějším věku a vyústit až v infantilní egocentrismus. (Hádková, 2016)

U dětí nedoslýchavých, tedy dětí s lehkou, středě těžkou či těžkou nedoslýchavostí, musíme v souvislosti s vývojem řeči odlišit, v jakém věku došlo ke zhoršení sluchu, a zda se u nich

jedná o vadu převodní či percepční. Zatímco u dětí s těžkou percepční nedoslýchavostí probíhá vývoj řeči dost podobně jako u dětí s vrozenou hluchotou, u dětí s převodní nedoslýchavostí je vývoj řeči relativně méně narušen. Dalo by se říci, že vývoj řeči u dětí s převodní nedoslýchavostí se přibližuje vývoji řeči dětí, které slyší, ale záleží na stupni nedoslýchavosti. Mašura (in Lechta, 2011, s. 145) uvádí, že: „*v raném věku je typickým projevem nedoslýchavosti přerušení vývoje řeči v době, kdy matka přestává nosit dítě v náručí, respektive kdy ho přestane oslovovat v bezprostřední blízkosti. Když totiž takovéto dítě začne chodit, vzdaluje se od ní a nerozlišuje slova, která předtím z bezprostřední blízkosti slyšelo. Jestliže jde o těžký stupeň nedoslýchavosti, dítě přestává mluvit úplně, v lehčích případech se vývoj řeči opožďuje, případně je omezený.*“ Často se vyskytují chyby ve výslovnosti, z důvodu snížené možnosti zpětné kontroly artikulace. (Lechta, 2011)

2.3 Rozvoj řeči v jednotlivých jazykových rovinách

Jazykové roviny (tj. lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická, foneticko-fonologická a pragmatická rovina) se vzájemně prolínají a jejich vývoj probíhá v jednotlivých časových obdobích současně. Řečový vývoj dítěte lze posoudit z poznatků o vývoji jednotlivých jazykových rovin. (Klenková, 2006)

Lexikálně-sémantická rovina

Lexikálně-sémantická jazykový rovina se zabývá **rozsahem a vývojem slovní zásoby**. Dvořák (2007) definuje sémantiku jako vědu zabývající se významem jazykových jednotek. Slovo je považováno za základní jednotku slovní zásoby, proto slovní zásobu tvoří souhrn všech slov. Slovní zásoba je základně rozdělena na zásobu **aktivní a pasivní**. Aktivní slovní zásoba zahrnuje okruh slov, které dítě běžně používá, zatímco pasivní vyznačuje slova, kterým dítě rozumí, ale běžně je nepoužívá. Slovní zásoba bývá často diagnostickým ukazatelem, proto existují určité mezníky, co by dítě mělo v rámci lexikálně-sémantické jazykové roviny v určitém věku ovládat. Kolem 3. roku by dítě mělo být schopno odpovědět na jednoduché otázky a samo by mělo otázky klást. Aktivně používá asi 500 slov a jeho pasivní slovní zásoba je tvořena cca z 800 slov. Po třetím roce nastává u dítěte vývoj tzv. logických pojmů, což bývá složitý proces a někdy může vést k fyziologickým neplnlostem v řeči. Kolem 4. roku věku již dítě rozumí zhruba 1200 slov a aktivně jich používá asi 800. Po čtvrtém roce slovní zásoba narůstá rychlým tempem. Před vstupem

do školy je činí aktivní slovní zásoba intaktního dítěte zhruba 2500–3000 slov a dítě je schopno spontánně vyprávět v delších větných souvětích. (Klenková, 2006)

Morfologicko-syntaktická rovina

Morfologie (tvarosloví) je nauka o tvarech slov, o slovních druzích a jejich kategoriích. Syntax je lingvistická disciplína, jež se zabývá vztahy mezi slovy ve větě, slovosledem a správným tvořením větných konstrukcí. Dle Markové (2009) si v rámci této roviny dítě osvojuje vědomosti o slovních druzích, o způsobech a možnostech jejich ohýbání – časování, skloňování a stupňování. Mezi 2. a 3. rokem věku se v řečovém projevu dítěte objevují nové slovní druhy – přídavná jména a osobní zájmena. Postupně si dítě osvojuje i další slovní druhy. Po 3. roce začne dítě skloňovat a užívat jednotné a množné číslo. Ve čtyřech letech dítě používá všechny slovní druhy a minulý čas. Pokud se dítě dopustí nějakých nepřesností v průběhu **osvojování si gramatických pravidel mateřského jazyka**, hovoříme o **tzv. fyziologickém dysgramatismu**. Pokud však tento jev přetrvává i po 4. roce věku dítěte, může se jednat o narušený vývoj řeči a je nezbytné vyhledat odborníka. (Klenková, 2006)

Foneticko-fonologická rovina

Foneticko-fonologickou rovinou rozumíme **zvukovou stránku řeči**. Dle Krčmové (2006) fonetika popisuje všechny zvuky užívané v řeči a fonologie se zabývá zvuky sloužícími k rozlišení významu, což je označováno jako distinktivní funkce. Základní složkou zvukové stránky řeči je foném = hláska. Je typické, že dětská výslovnost je rozvíjena od na výslovnost nejjednodušších fonémů – vokálů (samohlásek) přes jednoduše vyslovitelné bilabiální (retoretné) hlásky (p, b, m) až po složitěji vyslovitelné alveolární (dásňové) hlásky (např. l, r, ř). Artikulace (výslovnost) jednotlivých hlásek se u každého vyvíjí individuálně, ale pro každou hlásku existují určité věkové mezníky, kdy by měla být hláska fyziologicky správně vyslovována. Před vstupem do školy by měly být všechny hlásky, kromě r a ř vyslovovány fyziologicky správně. Do 7. roku věku dítěte považujeme nesprávnou výslovnost některých hlásek za prodlouženou fyziologickou dyslalií. Pokud však obtíže ve výslovnosti hlásek přetrvávají i po 7. roku, pak se jedná o patologii – dyslalií v pravém slova smyslu. (Klenková, 2006)

Pragmatická rovina

Pragmatická rovina je rovinou **sociálního uplatnění komunikačních schopností**. Dítě se dostává do určitých sociálních rolí a stává se komunikačním partnerem. Dle Markové (2009) je pro efektivitu partnerské komunikaci nezbytná kooperace obou komunikačních partnerů. Dítě se učí vyjadřovat své pocity, vyžádat si informace, udržet téma rozhovoru a být schopno adekvátně měnit komunikační role – mluvčí (komunikátor) – posluchač (komunikant). Po 3. roce věku, s nástupem do předškolního zařízení, se u dětí projevuje typická snaha a řečovou komunikací. Dítě je schopné vést dialog a dávat příkazy. Typické jsou pro toto období také konfabulace (vymyšlení si). Po 4. roce se již vedení dialogu značně podobá dialogu dospělých osob, tedy ne po kvantitativní stránce. V tomto věku je možné usměrňovat chování dítěte řečí. Samo dítě začíná používat řeč k regulaci dění ve svém okolí. V období před vstupem do školy je dítě schopno plnohodnotně komunikovat s rodinou a známými osobami. (Klenková, 2006)

2.4 Specifika projevující se v rozvoji v jednotlivých jazykových rovinách u dětí se sluchovým postižením

U dětí se sluchovým postižením, zejména tedy hovoříme-li o dětech s vrozeným postižením, tedy s vrozenou hluchotou nebo vrozenou nedoslýchavostí, se vždy setkáme s určitými odchylkami v řečovém vývoji a osvojování si zvukové řeči, a to z kvalitativního i kvantitativního hlediska. Pouhé používání technických kompenzačních pomůcek nestačí. Auditivně-verbální (sluchově-řečový) výcvik by měl být každodenní součástí života dítěte se sluchovým postižením od nejranějšího věku. Abychom u dítěte rozvíjeli porozumění a aktivní řečový projev, je nezbytná cílená, a hlavně včasná stimulace (Lechta, 2002). Zejména u dětí s těžší sluchovou vadou se projevují v jednotlivých jazykových rovinách určitá specifika.

Lexikálně-sémantická rovina

Pro dítě se sluchovým postižením je osvojení si orální řeči skutečně nelehký úkol. Včasnost péče zde hraje klíčovou roli. Z důvodu sluchového deficitu se zvuková, mluvená řeč rozvíjí specifickým způsobem. Z kvalitativního hlediska se u dětí se sluchovým postižením, v důsledku chybějícího smyslu, projevují nedostatky v myšlení a s tím související fakt,

že způsob myšlení se tak vyvíjí pod tlakem mimicko-gestikulačních prostředků komunikace, tedy mimo okruh působení orální řeči. Gaňo (1965, In Lechta, 2002, s. 144) uvádí, že: „*Výstavba pojmů u těchto neslyšících dětí probíhá zdlouhavěji než u dětí, které slyší. Zpočátku chápou pojmy buď velmi všeobecně, široce, nebo naopak příliš zúžené.*“. Co se týče abstraktních pojmů, neslyšící děti mají sklon chápat jejich význam názorně, tudíž je většinou nedokážou adekvátně používat. (Lechta, 2002)

Z hlediska kvantitativního, tedy co se týče slovní zásoby, je úroveň neslyšících dětí velmi nápadně odlišná od normy. Lechta (2002, s. 145) uvádí tento fakt, který je postaven na výzkumu Csányiové (1976), kdy byly porovnávány neslyšící a slyšící děti pomocí testu slovní zásoby s výsledky, že „*počet slov, vyskytujících se ve slovní zásobě 14letých neslyšících dětí dosahoval jen úrovně slovní zásoby asi 5,5letých slyšících dětí.*“

Morfologicko-syntaktická rovina

U orálních řečových projevů neslyšících jsou běžné tzv. dysgramatismy až agramatismy, které se projevují jak v dialogických, tak zejména v monologických řečových projevech. Kromě nesprávného užívání gramatiky je také typickým jevem neuvědomování si slovních druhů, tedy nepochopení významu morfologické složky jazyka. Z některých výzkumů vyplývá, že neslyšící děti často vynechávají slovesa nebo příslovce. Dalším charakteristickým projevem je používání nadbytečných slov (Arnold, 1977, In Lechta, 2002). Je markantní, že u dětí nedoslýchavých se dysgramatismy projevují v daleko menší míře, než u dětí neslyšících. (Lechta, 2002)

Foneticko-fonologická rovina

Ve zvukové stránce řeči, se u dětí se sluchovým postižením vyskytují nápadné nepřírozené projevy zejména v melodii a intenzitě mluvního projevu. Mluvní poloha hlasu bývá neustálena i přízvuk a tempo řeči bývá narušené. Typickým projevem je nosové či hrdelní zabarvení hlasu z důvodu nesprávného využití rezonančních dutin či mluvních orgánů (Mukšnáblová, 2014). Rovněž jsou u dětí se sluchovým postižením patrné respirační dysfluency špatná koordinace mezi výdechem a vdechem (Hádková, 2016). Zvuková stránka řeči souvisí i s určitým nadáním pro řeč, ačkoliv u většiny dětí se SP bývá dosti nápadná

a nesrozumitelná. Lechta (2002) uvádí jako typické poruchy řeči u neslyšících: audiogenní dyslálii, dysprozódii, dysfonii, narušené dýchání a huhňavost.

Pragmatická rovina

Nejproblematictější v této rovině je proces navazování komunikace a jakési dělení společnosti na „slyšící – mluvící“ a „neslyšící – znakující“. Pro osobu se sluchovým postižením je často velmi náročné navázat hovor, zapojit se do diskuze apod. Neslyšící osoby se často mohou cítit nepochopeny svým slyšícím komunikačním partnerem, který neovládá jejich mateřský jazyk – znakový jazyk. To často vede ke ztrátě motivace o navázání kontaktu se slyšícími osobami.

3 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE A PROBLEMATIKA NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI

Logopedie je mezi jinými vědními obory oborem relativně mladým, neustále se měnícím a rozvíjejícím. Dle našeho tradičního systému je zařazena do **speciální pedagogiky**, spolu s dalšími obory (*surdopedie, oftalmopedie, somatopedie, psychopedie, etopedie atd.*), členěnými do kategorií podle konkrétních požadavků specifických forem výchovy, vzdělávání a podpory při socializaci. V zahraniční literatuře se setkáme s pojmy *Speech Therapy* nebo *Speech Correction* v anglické literatuře, v němčině jsou používány termíny *Spracheheilpädagogik, Logopädie* aj. (Klenková, 2006). Logopedie se začala formovat v první polovině 20. století. Ačkoliv nám samotný název napovídá, čím se obor logopedie zabývá (*řec. logos – slovo; paidea – výchova*), nelze tento obor jednoduše označit za „nápravu řeči“, ale jedná se o **logopedickou intervenci narušené komunikační schopnosti**. Lechta (2012, s. 15) uvádí, že: *„komunikační schopnost člověka považujeme za narušenou, působí-li některá jazyková rovina jeho projevů (příp. i několika rovin – simultánně či sukcesivně) rušivě se zřetelem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou nebo pragmatickou komunikační rovinu jazyka, přičemž vysílatel i příjemce informace používají stejný kód – společný jazyk (tedy nejde o případy, kdy se např. někdo snaží komunikovat v cizím jazyce, ale nedaří se mu to dokonale).“*

Logopedickou intervencí pak rozumíme logopedickou diagnostiku, logopedickou terapii a logopedickou prevenci. (Klenková, 2006)

Lechta (2012, s. 15) definuje logopedii jako: *„vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminace a prevence narušené komunikační schopnosti.“* Cílovou skupinou logopedické intervence nejsou pouze děti, ale i osoby dospívající, dospělí a ve stáří, u nichž se vyskytuje nějaký druh narušené komunikační schopnosti. (Klenková, 2006)

Pojem interdisciplinární si vysvětlujeme tak, že logopedie má úzký vztah k jiným vědním oborům. Těmito obory jsou zejména: medicína (foniatrie, otorinolaryngologie, stomatologie, pediatrie aj.), psychologie (vývojová psychologie, patopsychologie aj.), jazykovědní obory (fonetika a fonologie) a dalšími vědními obory, jako např.: genetika, informatika, kybernetika, právní vědy apod. (Klenková, 2006). Obor logopedie je skutečně velmi těžko vymezitelný. Historicky bylo na tento obor nahlíženo různými způsoby. U nás tomuto oboru přispělo mnoho lékařů – medicínských i nemedicínských odborníků. V minulém století např. Lesný, Mašura, Sovák, Seeman, Kábele a další. V současné době např. Lechta, Klenková, Ohnesorg, Neubeuer a další.

Neubauer (2018) poznamenává, že rozvoj logopedické praxe, zejména v oblasti úpravy odchylek artikulačního vývoje dětí, byl výrazně ovlivněn již v 18. století, a to v oblasti rozvoje vzdělávání osob neslyšících. Tyto snahy o překonávání komunikačních bariér výrazně ovlivnily logopedickou praxi (především v Evropě a USA) v této logopedické oblasti.

3.1 Logopedická intervence

Odbornou logopedickou činnost vykonává **logoped**, který má příslušné vzdělání, jež lze v ČR tradičně nabýt v rámci vysokoškolského magisterského studia oboru speciální pedagogiky. Logopedickou intervencí rozumíme komplex různorodých činností, které logoped zajišťuje.

Nejčastěji užívanou definicí cílů, kterých je potřeba v rámci logopedické intervence dosáhnout, je dle Lechty (In Klenková, 2006, s. 56):

1. *„identifikovat,*
2. *eliminovat, zmírnit či aspoň překonat narušenou komunikační schopnost,*
3. *předejít tomuto narušení, zlepšit komunikační schopnost.“*

Klenková (2006) dále popisuje zařazení logopedie mezi ostatní vědy. U nás je logopedie tradičně řazena do oboru speciální pedagogiky, kde je v těsném vztahu k dalším speciálně-pedagogickým oborům, a to zejména: surdopedii, somatopedii, psychopedii a oftalmopedii.

Z medicínských oborů se se vztahuje k pediatrii, otorinolaryngologii, foniatrii, plastické chirurgii, stomatologii, neurologie a dalších. Dále má úzký vztah k psychologii – vývojové psychologii a patopsychologii. Z jazykovědných oborů čerpá z poznatků fonetiky a fonologie.

V současné době je na logopedii v rámci emancipačního trendu nahlíženo jako na vědu, která má svá práva – rovnocenné postavení v rámci transdisciplinární kooperace), ale také povinnosti – budování metodologického a terminologického aparátu, atp. Druhým trendem v nahlížení na logopedii je trend praktikistický, který chápe logopedii jako návod, nabízející postupy pro odstranění jednotlivých druhů narušené komunikační schopnosti. (Lechta 2002 In Klenková, 2006)

Jak již bylo zmíněno, je značně obtížné vymezit či definovat druh činnosti, kterou logoped provádí. „*V odborné literatuře i v praxi jsou užívány pro logopedickou činnost termíny logopedická péče, terapie, výchova řeči, náprava řeči, rozvoj, výchova a vzdělávání apod.*“ (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012, s. 13)

Lechta (2003, s. 13) vymezuje činnost logopeda jako: „*Aktivitu, která je specifická pro práci logopeda ve všech jejích oblastech, je možné označit termínem „logopedické intervence“.* Tento termín v sobě zahrnuje logopedickou diagnostiku, logopedickou prevenci a logopedickou terapii.

Logopedická diagnostika

Aby byla logopedická terapie co nejefektivnější, je nezbytné stanovit diagnózu, na jejímž základě bude vystavěn individuální terapeutický plán. Cílem logopedické diagnostiky je určení diagnózy a stanovení předpokládané logopedické prognózy. Ze speciálně-pedagogického hlediska je kladeno za cíl nejenom určit patologie, ale pozornost je zaměřena i na nepoškozené funkce, které lze využít při terapii, která by měla následovat. V rámci diagnostiky není zjišťován pouze druh narušené komunikační schopnosti, ale rovněž jeho stupeň, příčiny vzniku a v neposlední řadě její průběh. (Klenková, 2006)

Lechta (1995) řadí diagnostiku do třech úrovní:

- *orientační vyšetření* – zjištění, zda osoba má/nemá NKS,
- *základní vyšetření* – určení druhu NKS,
- *speciální vyšetření* – co nejpřesnější identifikace NKS – typ, stupeň, forma atd.

To, zda je logopedická diagnostika úspěšná, je podmíněno komplexností vyšetření. Během logopedické diagnostiky je nezbytný multidisciplinární přístup – týmová práce jednotlivých odborníků, a to zejména logopeda, psychologa a lékařů dle individuální potřeby (foniatr, otorinolaryngolog, neurolog atd.). (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012)

Pro co nejdokonalejší určení logopedické diagnózy je v rámci diagnostiky nezbytný **komplexní přístup**, zaměřující se na **všechny projevy vyšetřované osoby**. V rámci komplexnosti je třeba zaměřit se na:

- verbální i neverbální projevy,
- porozumění řeči,
- řečovou produkci,
- vyšetření projevů ve všech jazykových rovinách:
 - lexikálně-sémantické,
 - morfologicko-syntaktické,
 - foneticko-fonologické
 - pragmatické. (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012)

Přinosilová (1997 In Klenková, 2006) uvádí **metody logopedické diagnostiky**, které vycházejí z obecných speciálně-pedagogických diagnostických metod.

- *Pozorování* – dlouhodobé x krátkodobé, zaznamenává se do vyšetřovacích karet, záznamových archů apod.
- *Explorační metody* – *rodinná* a *osobní* anamnéza, řízený anamnestický rozhovor.
- *Diagnostické zkoušení* – vyšetřování jednotlivých složek – výslovnost, zvuk řeči apod.
- *Testové metody* – testy a testové baterie, např. ke zjištění laterality.

- *Kazuistické metody* – analýza výsledků odborných vyšetření.
- *Rozbor výsledků činnosti.*
- *Přístrojové a mechanické metody.*

Z informací získaných na základě logopedické diagnostiky sestaví logoped individuální **terapeutický plán**, který je zaměřen na terapeutické postupy, vhodné vzhledem ke stupni a rozsahu narušení komunikační schopnosti.

Logopedická terapie

Další složkou logopedické intervence je logopedická terapie, která vychází ze závěrů logopedické diagnostiky, jež si na základě stanoveného logopedického plánu klade za cíl stimulovat a korigovat nerozvinuté, opožděné, ztracené nebo vadné řečové funkce, projevující se u osoby s narušenou komunikační schopností.

Dle Neubauera (2001) by měl **individuální terapeutický plán** zahrnovat:

- příčiny poruchy řečové komunikace a možné prognózy,
- návrh vhodné metodiky rehabilitačního postupu a doporučené intenzity,
- způsob, jakým jsou využívány terapeutické cvičné materiály a pomůcky,
- způsob spolupráce, a to zejména s rodinou, jiným logopedickým pracovištěm, logopedickým asistentem a dalších zainteresovaných osob.

Lechta (2005, s. 22) popisuje logopedickou terapii jako specifickou aktivitu, kdy: *„jde v podstatě o tzv. řízené učení, probíhající pod záměrným řízením, usměrňováním a kontrolou logopeda v organizovaných podmínkách logopedických zařízení, příp. i mimo ně, může ho popřípadě realizovat i sama osoba s narušenou komunikační schopností (resp. s rodiči, příbuznými) pod supervizí logopeda“.*

Logopedická terapie v sobě zahrnuje tři **základní metody**, které mají svou specifickou funkci. Dle Klenkové, Bočkové a Bytešníkové (2012) jsou to metody:

- ***stimulující*** – stimulace nerozvinutých či opožděných řečových funkcí, aplikovaná např. v rámci terapie narušeného vývoje řeči,

- ***korigující*** – korigování vadných komunikačních funkcí, např. terapie u narušení artikulace,
- ***reedukující*** – jež si klade za cíl reedukovat (zdánlivě) ztracené či dezintegrované řečové funkce, např. v rámci terapie afázie.

V logopedii je rozlišováno několik forem logopedické terapie, které například Neubauer (2010) dělí následovně, jako formu:

- ***individuální terapie*** – práce logopeda s jednotlivými klienty, práce na modifikaci řečových schopností či stimulace využití jazykového systému, aktivní zpětná vazba,
- ***skupinová terapie*** – většinou malá skupina 3–6 osob, uplatnění a upevnění získaných dovedností a komunikačních kompenzačních strategií v navozené sociální situaci,
- ***komunikační skupiny*** – program, který je většinou orientován na zlepšení percepce, pozornosti, vyjadřování jazykovými verbálními prostředky, psaní a čtení, určené zejména pro dospělé a stárnoucí osoby s porušenou či nedostatečnou komunikací s okolím,
- ***komplexní logopedická terapie*** – zahrnuje v sobě metody řečové a jazykové terapie a rovněž psychoterapeutické působení, které je především zaměřeno na kognitivní funkce, a to především verbálně paměťové funkce a pozornost.

Logopedická prevence

Třetí složkou logopedické intervence, která by v podstatě měla předcházet předchozím dvěma složkám, je logopedická prevence. Zejména v obdobích předškolního a mladšího školního věku lze z hlediska řečového vývoje tato stadia považovat za kritická, kdy je třeba budovat základy mluvních mechanismů tak, aby byly správně navozené. V této době je rovněž velmi důležité všestranné podněcování dětí k mluvení, rozvíjení smyslového vnímání, představivosti a v neposlední řadě také rytmizace. **Logopedickou prevenci** lze rozdělit do tří základních stupňů, a to na: ***primární, sekundární a terciární***. (Lipnická, 2013)

Cílem **primární prevence** je předcházení narušené komunikační schopnosti v nejširším měřítku. Je založena na osvětě a informovanosti celé populace. Je potřeba, aby široká veřejnost byla prostřednictvím médií, tisku, ale především ze strany odborníků, kteří kladou důraz na správný vývoj řeči a celkového rozvoje komunikativních dovedností. Obecně lze dále primární prevenci dělit na: *nespecifickou* a *specifickou*. **Nespecifická** primární prevence podporuje formy výchovy, které jsou všeobecně žádoucí, jako např. správný řečový vzor (v rodině i MŠ) nebo určitá stimulace řeči. **Specifická** primární prevence je již zaměřena proti konkrétním rizikům narušené komunikační schopnosti vzhledem k věku dítěte, např. předcházení dyslalii či koktavosti. (Lipnická, 2013)

Sekundární prevence je již zaměřena na specifickou skupinu – rizikovou skupinu, která je ohrožena negativními vlivy a u níž by se mohla objevit narušená komunikační schopnost. Vztahuje se k rizikovým skupinám všech věkových období. V předškolním věku provádí sekundární prevenci pedagog v MŠ, případně logopedický preventista, v jehož kompetenci je procvičování motoriky mluvidel, rozvoj slovní zásoby, fonematického sluchu, nácvik správného bráničního dýchání apod. Náprava řeči nebo vyvozování hlásek není v jeho kompetenci, to zajišťuje logoped. (Lipnická, 2013)

Terciární prevence je uplatňována u osob, u nichž se narušená komunikační schopnost již projevila. Cílem odborné činnosti není pouhá eliminace NKS, ale zejména její překonání a předcházení negativním důsledkům v osobnostním rozvoji. (Lipnická, 2013)

3.2 Organizace logopedické intervence v ČR

V České republice je organizace poskytování logopedické intervence zařazená do tří rezortů, což je občas poněkud složité a nepřehledné. Resorty, zabývajícími se logopedickou intervencí jsou: resort ministerstva zdravotnictví, resort ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a resort ministerstva práce a sociálních věcí (Klenková, 2006). Velice důležitá je **spolupráce logopedů** jednotlivých resortů, jelikož jejich klienti jsou často klienty zařízení všech uvedených resortů.

Resort Ministerstva zdravotnictví ČR

V rámci resortu Ministerstva zdravotnictví ČR hovoříme o klinické logopedii. **Klinický logoped**, kvalifikovaný logopedický pracovník, je povinen kromě absolvování studia, zakončeného státní zkouškou z logopedie a surdopedie, zároveň absolvovat další specializační studium a s ním související zkoušky, tzv. atestaci (Kutálková, 2011). Neubauer (2010) také uvádí, že klinický logoped provádí diagnostickou a terapeutickou i poradenskou činnost u dětí i dospělých osob, s narušením řečové komunikace v celém spektru. Působnost logopedů ve zdravotnictví je ošetřena zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.

Logopedická intervence – diagnostická, terapeutická, preventivní i poradenská činnost je klinickými logopedy nejčastěji poskytována v logopedických ambulancích a často bývá hrazena ze zdravotního pojištění (Klenková 2006). Výhodou klinické logopedie je nejen větší odbornost logopedů, ale i multidisciplinární přístup s dalšími odborníky a rodinou.

Klenková (2006, s. 213) poznamenává, že odborná logopedická péče může být zajišťována „nejen v soukromých ambulancích, ale také:

- *na specializovaných lůžkových odděleních,*
- *v nemocnicích na odděleních a klinikách neurologie a foniatrie,*
- *v léčebnách,*
- *v rehabilitačních ústavech,*
- *v dětských denních rehabilitačních stacionářích.“*

Resort Ministerstva práce a sociálních věcí ČR

V rámci resortu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR je logopedická intervence prováděna v ústavech sociální péče, jako součást komplexní rehabilitace pro děti a mládež s tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením (Neubauer, 2010). V situaci, kdy je u osoby s těžkým postižením sekundárně narušena komunikační schopnost natolik, že verbální komunikace není možná, logoped volí systémy augmentativní a alternativní komunikace, pro možný rozvoj komunikačních schopností těchto osob. (Klenková, 2006)

Zařízení rané péče poskytují dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, včasnou intervenci rodinám dětí s postižením, v rámci nichž je poskytována včasná podpora s cílem poskytnout rodině a dítěti ohroženému v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, v důsledku zdravotního postižení, předpoklady sociální integrace, předcházení postižení a eliminování nebo zmírnění jeho důsledků.

Resort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR

Logopedická intervence v rámci resortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy je realizována zejména při **mateřských a základních školách logopedických** nebo při **logopedických třídách** ve vybraných školách. Tato zařízení jsou určena pro děti a žáky s narušenou komunikační schopností, které s ohledem na závažnost komunikačních obtíží, nemohou navštěvovat školu běžného vzdělávacího proudu. V rámci logopedických škol je dětem a žákům poskytována výchově-vzdělávací i terapeutická činnost.

Dle Neubauera (2010) je logopedická péče v rámci **resortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy** poskytována v rámci:

- předškolních zařízení,
- při speciálních školách a školách praktických – školy pro děti se sluchovým postižením, školy pro děti s více vadami,
- speciálně pedagogických center (viz kapitola 4),
- pedagogicko-psychologických poraden.

Logopedickou intervenci v rámci školských zařízení zajišťuje **školní logoped**, který má příslušné magisterské vzdělání. Další osoba zajišťující logopedickou péči (např. v rámci mateřských škol) je **logopedický asistent**, který je pod supervizí logopeda.

3.3 NKS u dětí v předškolním věku

Vzhledem k zaměření výzkumné části práce je nezbytné zmínit zde několik druhů narušené komunikační schopnosti (NKS), které jsou často zastoupeny u dětí navštěvujících mateřské školy pro děti se sluchovým postižením. Když opomeneme symptomatické poruchy řeči

u dětí v důsledku sluchového postižení, v těchto mateřských školách je mnoho slyšících dětí, které mají určitý druh NKS. V následujícím textu je stručně uvedena vývojová dysfázie, opožděný vývoj řeči a dyslalie a příznaky, kterými se dané NKS projevují.

Vývojová dysfázie (VD), neboli specificky narušený vývoj řeči, je centrální porucha řeči, která je řazena k vývojovým poruchám (Klenková, 2006). Projevuje se opožděným vývojem řeči, narušenou schopností sluchového rozlišování a celkového vnímání a chápání řeči. Obtíže se projevují ve všech jazykových rovinách. Zasažena je i expresivní složka řeči, což se projevuje narušenou motorikou mluvidel při tvorbě hlásek. Dalším typickým projevem je dysgramatická až agramatická řeč (AKL, 2019). Neubauer (2010) dále poznamenává poruchy ve vývoji zrakové percepce a hrubé i jemné motoriky (rukou a mluvidel).

O **opožděném vývoji řeči (OVŘ)** hovoříme v případě, kdy dítě ve třech letech nemluví nebo ještě výrazně zaostává ve svém řečovém projevu. V takových případech je nezbytné pátrat po příčinách (AKL, 2019). Dle Klenkové (2006) je nezbytné provést odborná diagnostická vyšetření, která vyloučí: sluchovou či zrakovou vadu, poruchu intelektu, vady mluvních orgánů, poruchy autistického spektra a akustickou dysgnózi (tj. neschopnost porozumět smyslu slov). Pokud se nejedná o žádnou z možných uvedených příčin, pravděpodobně jsou příčinami opožděného vývoje řeči: nestimulující a nepodnětné prostředí, citová deprivace, genetická zátěž, nevyzrálá nervová soustava či lehké mozkové dysfunkce.

Dyslalie neboli patlavost, je porucha artikulace „*kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem*“ (Klenková, 2006, s. 99). Jedná se o nejrozšířenější NKS, se vznikem nejčastěji v předškolním věku. Dítě buď hlásku vynechává (mogilalie) nebo i nahrazuje jinou hláskou (paralalie). Pokud se u dětí projevuje vadná výslovnost hlásek, musíme vždy zohlednit jejich věk, jelikož do určitého věku se nemusí jednat o patologii. Pokud však vadná výslovnost hlásek přetrvává i v mladším školním věku, je nezbytné, aby dítěti byla poskytována pravidelná logopedická péče. (Neubauer, 2010)

4 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

Na úvod této kapitoly je nutné podotknout, že ačkoliv je narození a výchova dítěte se sluchovým postižením pro rodinu velkou zátěží a nelehkou situací, úkolem rodičů je neustrnout a včas zapojit dítě do odpovídající péče (Hrubý, 1998). O maximální rozvoj všech stránek osobnosti jedinců se sluchovým postižením a jejich úspěšnou socializaci, usilují v rámci komplexní výchovně-vzdělávací péči specializované školy a školská zařízení pro děti se sluchovým postižením. (Souralová, Langer, 2005)

Vstupu do mateřské školy musí předcházet speciální péče o dítě se sluchovým postižením, která je zajištěna primárně formou **rané péče** a v rámci výchovně-vzdělávacího procesu se dítě a jeho rodina stávají klienty **speciálně pedagogického centra**.

Ranou péči – komplex vzájemně navazujících služeb pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením z celé České republiky poskytuje Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s, který funguje již od roku 1990 (tehdy s názvem Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o. s.). V současné době tato společnost poskytuje odborné sociální a poradenské služby. Konkrétně pak **sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, odborné sociální poradenství, informační a vzdělávací služby i kulturně osvětovou činnost**. (detskysluch.cz, ©2015)

Po poskytnutí rané péče je přirozené navázat zařazením dítěte do předškolní institucionalizované péče. Zařazení dítěte do předškolní výchovy se často odvíjí od toho, kdy byla sluchová vada diagnostikována. Pokud je vada diagnostikovaná v nejranějším věku dítěte (v kojeneckém období), je velká pravděpodobnost, že díky včasnému odhalení vady následoval i zásah odborníků v oblasti rehabilitace (sluchová výchova, řečová výchova, nácvik odezírání apod.). Předškolní výchova však může představovat první rehabilitační program, se kterým se dítě se sluchovým postižením a jeho rodina setkávají. V krajních případech se může stát to, že dítě mezi určením diagnózy a nástupem do školy, neprojde žádným rehabilitačním programem. (Freeman, Garbin, Boese, 1981)

Speciálně pedagogická centra (SPC) patří společně s pedagogicko-psychologickými poradnami (PPP) a středisky výchovné péče (SVP) mezi tzv. školská poradenská zařízení. V rámci SPC jsou poskytovány odborné služby dětem a žákům se zdravotním postižením a znevýhodněným, kteří mají speciální vzdělávací potřeby a jejich rodinám. Odborníci působící v SPC rovněž poskytují **metodickou pomoc pedagogům mateřských, základních a speciálních škol, školských zařízení a také rodičům dětí s postižením**, a to v rámci stanovených regionů. Tým odborníků tvoří speciální pedagog, psycholog a sociální pracovník, kteří však spolupracují s dalšími lékařskými odborníky (foniatr, ORL, neurolog), popřípadě odborníky zaměřenými na problematiku sluchového postižení.

Činnost SPC je legislativně vymezena vyhláškou č. 197/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a vyhláška č. 270/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Horáková (2011) uvádí, že speciální pedagogové a psychologové ze SPC realizují komplexní diagnostiku a následně stanovují konkrétní edukační a reedukační postupy a úzce spolupracují s pedagogy škol hlavního vzdělávacího proudu, ve kterých jsou integrovány a vytváří individuální vzdělávací plán.

4.1 Dítě se sluchovým postižením v předškolním věku

Průcha (2009, s. 228) definuje předškolní věk jako: „*Vývojové období dítěte od dovršení 3. roku věku po vstup do školy, tzn. do dovršení 6. roku života. Hlavní činností předškolního dítěte je hra. V tomto věkovém období dítě zpravidla navštěvuje mateřskou školu, která je postupně připravuje na vstup do školy.*“

Bohatá a funkční komunikace, již se dítě může od svého narození zúčastňovat, sehrává jednu ze zásadních rolí při naplňování těchto potřeb. (Hudáková, 2018)

Pulda (1994) uvádí, že: „*Úkolem mateřské školy je navazovat na výsledky rodinné péče, pokud byla v rodině prováděna, dále rozvíjet všemi dostupnými prostředky komunikační schopnosti a možnosti sluchově postižených dětí a vedle plnění obecných úkolů mateřské školy přiměřeně rozvíjet slovní řeč ve všech jejích složkách. To je úkol v případech těžkých sluchových poruch velmi náročný.*“

Pro děti se sluchovým postižením je v rámci přípravy pro vstup do základní školy nezbytné a velmi důležité přiměřené a postupné přivykání na soustavnější práci a schopnost delšího soustředění pozornosti. Děti se sluchovým postižením musí při osvojování si nových znalostí vynakládat o mnoho větší úsilí než děti slyšící. Proto musí být podmínky uzpůsobené tak, aby dítěti umožnily co možná největší rozvoj. (Pulda, 1994)

4.2 MŠ pro děti se sluchovým postižením v ČR

V současné době, díky stále se zdokonalující diagnostické a rehabilitační péči o dítě se sluchovým postižením, přibývá případů, kdy je dítě se sluchovým postižením, které je vybaveno vhodnými kompenzačními pomůckami, **inkludováno** do hlavního vzdělávacího proudu, což je možné podle § 16 odst. 9 školského zákona (MŠMT, 2018). Neubauer (2018) uvádí, že **více než polovina dětí s kochleárním implantátem navštěvuje běžnou školu**. Obecně je v současné době kladen velký důraz na integraci, potažmo inkluzi osob s postižením do společnosti. Tyto děti mohou být, na základě speciálně pedagogického vyšetření odborníkem školského poradenského zařízení, integrovány do škol hlavního vzdělávacího proudu, a to formou individuální nebo skupinové integrace.

Systém **mateřských škol, včetně mateřských škol pro děti se sluchovým postižením**, je v České republice vymezen školským zákonem a Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání. **Rámcový vzdělávací program** je obecně závazný rámec pro tvorbu školních vzdělávacích programů jednotlivých škol, a to ve všech oborech vzdělávání – předškolním, základním, základním uměleckém, jazykovém a středním vzdělávání. Dle Bytešníkové (2012, s. 88): „*Rámcový vzdělávací program představuje základní pedagogický dokument státní úrovně, který vymezuje konkrétní cíle, obsah a oblasti*

vzdělávání, podmínky vzdělávání, vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí mimořádně nadaných.“

Pro předškolní vzdělávání je určen **RVP PV, tj. Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání**, který byl upraven na základě ustanovení zákona č. 178/2016 Sb., kterým se mění zákon 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů. Dále je systém mateřských škol pro děti se sluchovým postižením vymezen vyhláškou č. 270/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (MŠMT, 2018). RVP PV je kurikulární dokument na státní úrovni a vymezuje cíle úspěšného předškolního vzdělávání v rámci tzv. klíčových kompetencí, což jsou obecně formulované soubory předpokládaných *vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot*, které jsou důležité pro osobní rozvoj každého jedince. (MŠMT, 2019)

„Kromě obecných cílů a úkolů, které jsou dané RVP PV, je specifickým cílem mateřské školy pro sluchově postižené rozvoj klíčových kompetencí komunikativních, přičemž úkolem je rozvoj komunikačních schopností k dosažení funkční komunikace dětí s různým stupněm a typem sluchové vady. Podle vybraného komunikačního přístupu dané školy se jedná o rozvoj a navazování komunikace v českém znakovém jazyce, nebo v českém jazyce mluveném“ (Hádková, 2016, s. 189). Specifické cíle jsou vymezeny ve **Školním vzdělávacím programu (ŠVP)**, podle něhož je v dané škole uskutečňováno vzdělávání. V rámci ŠVP jsou vymezeny výchovné a vzdělávací strategie jednotlivých škol. V návaznosti na ŠVP je pedagogy vytvořen **Třídní vzdělávací program (TVP)**, který zahrnuje konkrétní probíraná témata, podle nichž jsou stanovené úkoly, které vedou k dosažení specifických cílů.

Formou předškolního vzdělávání pro děti se sluchovým postižením, na kterou je tato práce zaměřena, je vzdělávání v rámci **speciálních mateřských škol pro děti se sluchovým postižením**. Tyto školy jsou většinou zřizovány při základních školách pro sluchově postižené a tvoří tak školský komplex, kde bývá i střední škola a internát. Zařízení tohoto

typu je v České republice celkem 13 a většinou se nachází v krajských městech (seznam škol viz Příloha 2). Jednotlivé školy většinou přijímají děti na základě preferovaného komunikačního přístupu, tj. přístup **orální**, přístup **bilingvální** a přístup využívající **totální komunikace** (viz kapitola 1.5). (Horáková, 2011)

V posledních letech je rovněž trendem, že mateřské školy pro děti se sluchovým postižením v České republice běžně přijímají **děti bez sluchového postižení**, které mají určitý druh **narušené komunikační schopnosti** – nejčastěji vývojovou dysfázii, dyslalii, opožděný vývoj řeči prostý, koktavost apod. Do některých škol jsou přijímány také děti s poruchami autistického spektra nebo děti s kombinovaným postižením více vadami. Proto může být název těchto škol vzhledem ke složení dětí, které mají specifické komunikační potřeby, poněkud zavádějící. Avšak toto složení dětí má své opodstatnění, jelikož způsob komunikace je mnohdy velmi podobný a jejich speciální vzdělávací potřeby si žádají podobnou péči. Hudáková (2018) uvádí, že: *„Každé dítě se sluchovým postižením má s ostatními dětmi (bez sluchového postižení) mnohem víc společného než odlišného.“* Základní potřeby všech dětí jsou stejné. Jediné, co se může u dětí lišit je způsob naplňování jednotlivých potřeb. Například v Liberci byla z těchto důvodů škola pro děti se sluchovým postižením přejmenována na školu logopedickou. Také v mateřské škole v Ivančicích byla klientela oficiálně rozšířena o další cílové skupiny, a to o děti s autismem a vadami řeči a v mateřské škole v Kyjově o děti s vadami řeči a děti s poruchou autistického spektra.

V rámci mateřských škol je za cílem dosažení maximálního rozvoje komunikačních kompetencí do běžného programu zařazena nejen **kolektivní logopedická péče (KLP)**, ale také **logopedická péče individuální (ILP)**. Zejména ve školách, kde je uplatňován auditivně-orální komunikační přístup, je dle Hádkové (2016) usilováno o dosažení trojí souběžné činnosti *respirace*, *fonace* a *artikulace*. Kromě rozvíjení těchto složek, které není vždy snadné a bývá časově dost náročné, je nezbytné rozvíjet také zrakové a hmatové vnímání, jemnou a hrubou motoriku, grafomotoriku a nonverbální prostředky komunikace.

4.3 Zahraniční trendy

V Québecu v **Kanadě** existuje sdružení „L'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs“ (Sdružení pro děti se sluchovými postižením v Québecu), které od roku 1969 provádí poradenskou a osvětovou činnost v oblasti problematiky sluchového postižení. Tým odborníků („éducateur spécialisé“ – speciální pedagogové) zajišťuje ranou péči a pomáhá rodinám s umístěním jejich dítěte se sluchovým postižením do vhodné mateřské školy vzhledem k jeho individuálním speciálním potřebám. Toto sdružení také koordinuje multidisciplinární péči všech zainteresovaných odborníků (logoped, audiolog, speciální pedagog), pedagogů a rodiny. Všechny tyto osoby se podílejí na individuálním vzdělávacím plánu dítěte. Tyto děti jsou primárně inkludovány do mateřských škol hlavního vzdělávacího proudu se zajištěním podpůrných opatření za pomoci odborníků – speciálních pedagogů (éducateur spécialisé). Děti mají rovněž možnost vzdělávat se ve speciálních třídách pro děti se sluchovým postižením při školách hlavního vzdělávacího proudu. Dle zákona existují určitá podpůrná opatření, která jsou nezbytná pro efektivní vzdělávání. V Kanadě je běžnou praxí, že dítě dochází do speciální mateřské školy pouze dočasně a následně je integrováno do školy běžného typu. Docházka do běžné školy je doplněna o další služby – sluchově-řečovou výchovu, tlumočnické služby do LSQ (Langue des signes québécoise, tj. Québecký znakový jazyk) atd. integrace do logopedické třídy při běžné škole, dále škola bilingválního zaměření – se zaměřením na psaní a LSQ. Speciální mateřské školy pro děti se sluchovým postižením jsou děleny obdobně jako školy v České republice, a to na: školy zaměřené na auditivně-orální přístup, školy bilingválního zaměření, kde spolu se slyšícím pedagogem působí rodilý mluvčí LSQ a speciální mateřské školy určené pro děti se sluchovým postižením kombinovaným více vadami, kde jsou uplatňovány různé formy komunikace dle individuálních potřeb každého dítěte (přístup totální komunikace). (L'Aqepa, 2019)

Ve Spojených státech amerických je výchovně-vzdělávací systém pro děti se sluchovým postižením rovněž velmi podobně rozčleněn. Mateřské školy jsou rozdělené podle komunikačního přístupu, tedy mateřské školy speciální zaměřené na auditivně-orální a auditivně-verbální metody, kdy je dětem poskytována každodenní logopedická a surdopedická rehabilitace (sluchově-řečová výchova). Dále jsou zde školy bilingválně-bikulturní, kde je důraz kladen současně jak na řeč mluvenou, tak na komunikaci

v ASL (American sign language, tj. Americký znakový jazyk) s respektováním odlišnosti kultury Neslyšících. V těchto institucích s dětmi pracují osoby slyšící a rodilí mluvčí ASL (Guralnick 2001). Začleňování dětí se sluchovým postižením do mateřských škol hlavního vzdělávacího proudu je ve Spojených státech amerických považováno za běžnou praxi. Díky inkluzivnímu vzdělávání se mohou děti učit od svých intaktních vrstevníků a za pomoci zajišťovaných vhodných terapeutických programů se úspěšně začlenit do společnosti (Guralnick, 2001). Na základě dlouhodobého výzkumu Rhoadese a McCaffereye z roku 2002 je v kontextu s mluvenou řečí u dětí a žáků se sluchovým postižením do vzdělávacího programu zařazena auditivně-verbální terapie (Auditory-Verbal Therapy), jež je v raném a předškolním věku považována za velmi přínosnou. Program auditivně-verbální terapie *The Listen & Talk* je uplatňován od roku 2001. Na tomto programu se podílejí foniatři, logopedi a samotní učitelé dětí se sluchovým postižením. Tento tým koordinuje svou činnost tak, aby dítě maximálně využívalo sluch a mluvílo. Děti, kterým je v raném dětství a v předškolním věku zajišťována tato péče, bývají úspěšně integrovány do běžných škol hlavního vzdělávacího proudu. (Annals Academy of Medicine, 2005)

5 POPIS AKTUÁLNÍ SITUACE V POSKYTOVÁNÍ LOGOPEDICKÉ INTERVENCE DĚTEM V MATEŘSKÝCH ŠKOLÁCH PRO DĚTI SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM V ČR

5.1 Cíle a metodologie výzkumného šetření

Hlavním cílem tohoto výzkumného šetření je **zmapovat a popsat současnou situaci v poskytování logopedické intervence dětem mateřských škol pro děti se sluchovým postižením**. Cílem je také zjistit, v jakém rozsahu je dětem v MŠ poskytována individuální logopedická péče a jaká je spolupráce pedagoga se školním logopedem nebo logopedickým asistentem a jakým způsobem probíhá komunikace s rodiči. Současně je cílem popsat, jakým způsobem je logopedická intervence zařazována do běžného režimu vybrané mateřské školy pro děti se sluchovým postižením a jak v této škole probíhá kolektivní logopedická péče.

Hlavní výzkumná otázka tedy zní: **Jakým způsobem je zajišťována logopedická intervence dětem v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením?**

Na základě hlavního cíle byly stanoveny **čtyři výzkumné otázky**, ke kterým se vztahují otázky dílčí:

I. Kdo je v současné době objektem logopedické intervence poskytované v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením v ČR?

1. Jaké druhy zdravotního postižení u dětí, kterým je poskytována logopedická intervence, převažují?
2. Jaký druh narušené komunikační schopnosti u dětí převažuje?
3. Preferuje školní zařízení konkrétní vzdělávací přístup?
4. Jsou děti rozdělené do tříd podle druhů narušené komunikační schopnosti/specifických potřeb v komunikačním přístupu?
5. Jakým způsobem se liší poskytování logopedické péče u dětí se sluchovým postižením od terapie poskytované dětem s narušenou komunikační schopností – vývojovou dysfázií?

6. Liší se práce s dětmi se SP, které pocházejí z neslyšících rodin, a práce s dětmi se SP z rodin slyšících rodičů? Pokud ano, jakým způsobem?
7. Liší se pomůcky používané v rámci logopedické intervence u dětí se sluchovým postižením a u dětí s kombinovaným nebo jiným postižením (např. s vývojovou dysfázií)?

II. Kým a v jakém rozsahu je poskytována logopedická intervence dětem v MŠ pro děti se sluchovým postižením?

8. Jak často probíhá u dětí se sluchovým postižením individuální logopedická péče (ILP)?
9. Kdo zajišťuje individuální logopedickou intervenci (terapii) v MŠ?
10. Jaká je délka trvání individuální logopedické péče (při jedné terapeutické lekci)?
11. Jak často u dětí probíhá skupinová logopedická péče (terapie)?

III. Jakým způsobem probíhá spolupráce školního logopeda s pedagogy, rodiči a případně dalšími odborníky, kteří pečují o děti v MŠ se sluchovým postižením?

12. Je dětem se sluchovým postižením zároveň poskytována logopedická intervence mimo školu?
13. Pokud je dětem poskytována logopedická intervence, kdo zajišťuje logopedickou intervenci mimo školu?
14. Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi logopedem/logopedickým asistentem a pedagogem?
15. Jakým způsobem probíhá spolupráce školního logopeda/logopedického asistenta s rodiči?

IV. Jakým způsobem jsou běžné denní aktivity ve vybrané MŠ pro děti se sluchovým postižením přínosné z hlediska logopedické intervence?

16. Jak probíhá kolektivní logopedická péče?
17. Jakým způsobem probíhá komunikace mezi pedagožkami a dětmi?

18. Jakým způsobem jsou rozvíjeny jednotlivé jazykové roviny?

Dvě základní funkce, které by zadané výzkumné otázky měly mít, jsou:

1. zaostřit výzkum tak, aby poskytl výsledky v souladu se stanovenými cíli,
2. ukázat cestu, jak výzkum vést. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Výzkumná metoda a techniky sběru dat

Vzhledem k získaným datům lze výzkumnou metodu považovat za metodu **kvalitativního charakteru**, ačkoliv původní volbou byla pro tuto práci metoda smíšeného designu výzkumu, jelikož dle Hendla (2008, s. 54), se *„prosazuje mínění, že kvalitativní i kvantitativní výzkum přispívají každý po svém k rozšiřování našich znalostí o člověku a sociálním světě. Podle tohoto názoru se nelze dívat na oba přístupy jako na kontradiktorní. Výsledky získané oběma strategiemi výzkumu se doplňují.“*

I přes tuto snahu, vzhledem k vybraným technikám sběru dat (konkrétně dotazníku), lze výsledky výzkumného šetření, zejména z důvodu nižšího počtu respondentů, považovat za výsledky kvalitativního charakteru. Aby byl kvalitativní výzkum dostatečně validní (tzn. platný), je nutné, aby prošel tzv. procesem triangulace, tj. možnost opřít se o více zdrojů informací. Toho lze docílit využitím více nástrojů a technik, jimiž jsme schopni zjistit a ověřit tutéž informaci.

Proto také bylo zvoleno více **technik sběru dat**, a to konkrétně:

- **dotazník,**
- **analýza dokumentů,**
- **pozorování.**

Technika sběru dat pomocí **dotazníku** je tradičně uplatňována spíše v rámci kvantitativního výzkumu, jelikož se vyznačuje tím, že poskytuje sběr informací od více respondentů v krátkém čase. V tomto kontextu je však forma dotazníkového výzkumného šetření vnímána kvalitativně, a to především díky polouzavřeným a otevřeným otázkám,

kteřé obsahuje. Dotazník je určený pro logopedy/logopedické asistenty, kteří působí v MŠ pro děti se sluchovým postižením. Otázky byly vystavěny takovým způsobem, aby neodradily případného respondenta. Celkem bylo položeno 15 otázek, z nichž 10 je polouzavřených a 5 je otevřených. Polouzavřené otázky se vyznačují tím, že vždy obsahují čtyři alternativní možnosti odpovědi a navíc možnost „Jiná odpověď“, kdy si dotazovaný respondent nemusí vybrat pouze z daného výběru možných odpovědí, ale může vyjádřit vlastní odpověď.

Další technikou sběru dat, nezbytnou pro podpoření výzkumného šetření, byla zvolena **analýza školních dokumentů** vybrané mateřské školy pro děti se sluchovým postižením, a to Školního vzdělávací programu (ŠVP) a Třídního vzdělávacího programu (TVP) té školy, ve které proběhlo pozorování.

Poslední zvolenou technikou sběru dat, která vhodně doplňovala spíše kvalitativně orientovaný dotazník vyplněný logopedy/asistenty pedagoga, bylo týdenní **zjevné, nezúčastněné přímé pozorování** běžného chodu třídy ve vybrané mateřské škole pro děti se sluchovým postižením, se zaměřením na komunikaci, kolektivní logopedickou péči a jednotlivé jazykové roviny, které jsou u dětí rozvíjeny. Získané poznatky byly poznamenávány do speciálního záznamového archu, viz Příloha 3.

5.2 Průběh výzkumného šetření

Na základě zvoleného cíle, hlavní výzkumné otázky a dílčích výzkumných otázek byly zvoleny techniky sběru dat odpovídající charakteru výzkumu. V lednu roku 2019 byl proveden průzkum, jehož cílem bylo zjistit, zda je reálné sehnat dostatečný počet respondentů pro validitu výzkumu.

Dotazník určený pro logopedy/logopedické asistenty působící v MŠ pro děti se sluchovým postižením byl převeden do webové formy, ve které byl snadno vyplnitelný. Tato forma podoby dotazníku byla zvolena zejména pro svou praktičnost vyznačující se menší časovou náročností. Odkaz s prosbou o vyplnění byl v dubnu roku 2019 rozeslán na e-mailové adresy

jednotlivých MŠ pro děti se sluchovým postižením. V některých případech bylo využito osobních kontaktů. V e-mailu byly obsaženy i stručné instrukce k vyplnění dotazníku, který byl na internetu připraven k vyplnění po dobu šesti týdnů. Ze 13 dotazovaných MŠ pro děti se sluchovým postižením se podařilo obdržet 8 vyplněných dotazníků od logopedů (speciálních pedagogů) jednotlivých škol. Pět dalších logopedických zástupců škol bohužel na e-mail nezareagovalo vůbec a již se nepodařilo se s nimi zkontaktovat. Data získaná od respondentů dotazníkového šetření byla během května roku 2019 zpracována.

Současně byla navázána spolupráce s vedením konkrétní školy pro děti se sluchovým postižením, kterými byly poskytnuty školní dokumenty – ŠVP a TVP, jež byly před začátkem pozorování podrobně prostudovány. Díky ochotě vedení a pedagožek bylo domluveno, a v květnu roku 2019 také zrealizováno, týdenní pozorování.

5.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výběr respondentů pro tento výzkum byl zcela záměrný. V současné době je v České republice zaregistrováno 13 mateřských škol, které jsou určené pro výchovu a vzdělávání dětí se sluchovým postižením, ale i dětí s jiným narušením komunikační schopnosti. Většina škol se hlásí ke konkrétnímu komunikačnímu přístupu, primárně využívanému pro komunikaci v rámci vzdělávání. Až na výjimky jsou tyto školy mnohdy primárně zaměřeny na vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností. Mateřské školy jsou nejčastěji součástí komplexu základních škol, ke kterému patří i SPC. Osloveni byli logopedi/logopedičtí asistenti ze všech těchto škol.

Dotazník

Vyplněné dotazníky se podařilo obdržet od **logopedů/logopedických asistentů** z těchto škol:

- Mateřská škola, základní škola a střední škola Gellnerka **Brno**, příspěvková organizace Gellnerova 66/1,
- Mateřská škola, základní škola a dětský domov **Ivančice**, příspěvková organizace,
- Základní škola a mateřská škola Logopedická, **Liberec**,

- ZŠ pro sluchově postižené a MŠ pro sluchově postižené, **Ostrava – Poruba**,
- Základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené – **Plzeň**,
- Střední škola, základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené, **Holečkova, Praha 5**,
- Gymnázium, Střední odborná škola, Základní škola a Mateřská škola pro sluchově postižené, **Ječná 27, Praha 2**,
- Střední škola, Základní škola a Mateřská škola pro sluchově postižené, **Praha 5, Výmolova 169**.

Pro zachování anonymity, byly školy v náhodném pořadí nazvány jako: „Škola A“; „Škola B“; „Škola C“; „Škola D“; „Škola E“; „Škola F“; „Škola G“ a „Škola H“.

Pozorování a analýza dokumentů

V případě pozorování konkrétní třídy MŠ pro děti se sluchovým postižením, byly rovněž poskytnuty dokumenty k následné analýze – konkrétně ŠVP a TVP. Výzkumným vzorkem v rámci přímého pozorování byly 4 pedagožky z MŠ pro děti se sluchovým postižením, které měly ve výchovně-vzdělávací péči 23 dětí – většinou děti se sluchovým postižením (13) a dále děti s určitým druhem narušené komunikační schopnosti (10). Pro lepší přehlednost byla škola nazvána „Škola XY“.

5.4 Interpretace výzkumného šetření

„Kvantitativní výzkum zahrnuje statistickou analýzu, kvalitativní výzkum používá interpretativní metody hledáním témat a pravidelností v narativních datech“ (Hendl, 2008, s. 59). Ačkoliv charakter výzkumu je spíše kvalitativní, i přesto se zde projevují určité prvky kvantitativního výzkumu, kdy jsou v rámci interpretace dotazníkového šetření statisticky zpracována získaná data. Odpovědi každé polouzavřené otázky jsou pro názornost podpořeny tabulkou (četnost odpovědí), grafem (četnost odpovědí vyjádřená v %) a slovním popisem. Odpovědi na otevřené otázky jsou doslovně interpretovány v tabulkách. Informace z analyzovaných školních dokumentů společně s poznatky získanými přímým pozorováním jsou slovně popsány.

První výzkumná otázka

V rámci první výzkumné otázky bylo zjišťováno, kdo je v současné době objektem logopedické intervence poskytované v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením. K první výzkumné otázce se vztahovalo 7 dílčích otázek – čtyři polouzavřené a tři otevřené.

- I. výzkumná otázka tedy zní: **Kdo je v současné době objektem logopedické intervence poskytované v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením?**

1. Jaké druhy zdravotního postižení u dětí, se kterými pracujete, převažují?

Z grafu č. 1 vyplývá, že polovina respondentů (4 = 50 %) uvedla variantu „b“ – u dětí v MŠ převažuje těžší sluchové postižení. Dva respondenti (2 = 25 %) zvolili variantu „d“ – převažují zde slyšící děti s narušenou komunikační schopností. Další z respondentů (1 = 12,5 %) uvedl variantu „c“ – převažují děti s kombinovanými vadami. Jeden respondent zvolil variantu „e“ – „jiná odpověď“, kde uvedl, že „těžká nedoslýchavost a těžší vada sluchu“.

Jaké druhy zdravotního postižení u dětí, se kterými pracujete, převažují?	Četnost odpovědí:
a) Převažují děti nedoslýchavé.	0
b) Převažují děti s těžším postižením sluchu.	4
c) Převažují děti s kombinovanými vadami.	1
d) Převažují slyšící děti s narušenou komunikační schopností.	2
e) Jiné.	1

Tabulka č. 4 Druhy zdravotního postižení, které u dětí v MŠ převažují (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Jiné:

- Těžká nedoslýchavost a těžší vada sluchu.



Graf č. 1 Druhy zdravotního postižení, které u dětí v MŠ převažují (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

2. Jaký druh narušené komunikační schopnosti u dětí převažuje?

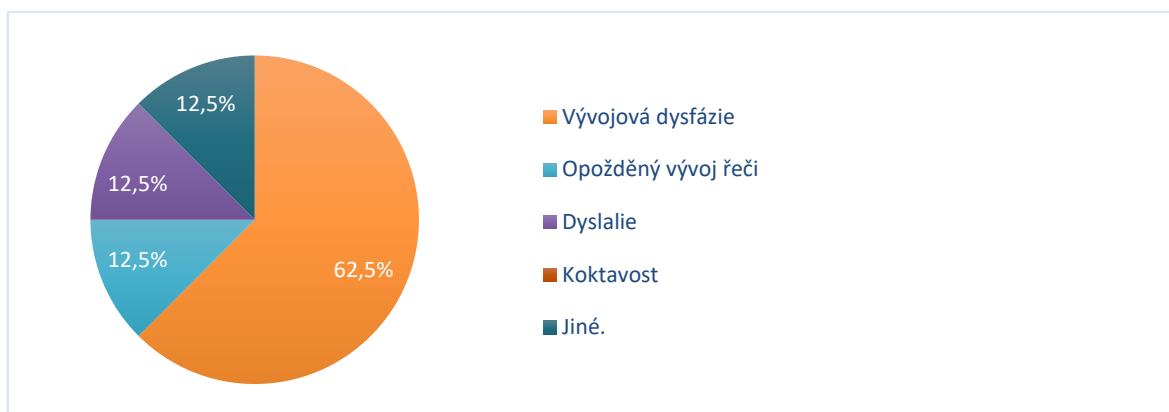
To, jaký druh narušené komunikační schopnosti u dětí v mateřské škole převažuje, bylo zjišťováno v rámci druhé dílčí otázky. Většina respondentů (viz graf č. 2), (5 = 62,5 %) uvedla jako nejčtenější druh narušené komunikační schopnosti u dětí v mateřské škole vývojovou dysfázií, tedy variantu „a“. Tři další respondenti se ve svých odpovědích lišili. Jeden z respondentů (1 = 12,5 %) zaznamenal variantu „b“ – opožděný vývoj řeči. Další odpověď (1 = 12,5 %) byla za „c“ – dyslalie. Poslední respondent (1 = 12,5 %) okomentoval vybranou variantu „e“ – „jiná odpověď“ tak, že: „vždy je přítomno sluchové postižení“.

Jaký druh narušené komunikační schopnosti u dětí bez sluchového postižení převažuje?	Četnost odpovědí:
a) Vývojová dysfázie.	5
b) Opožděný vývoj řeči.	1
c) Dyslalie.	1
d) Kóktavost.	0
e) Jiné.	1

Tabulka č. 5 Druh narušené komunikační schopnosti, který u dětí převažuje (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Jiné:

- Vždy je přítomno sluchové postižení.



Graf č. 2 Druh narušené komunikační schopnosti, který u dětí převažuje (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

3. Preferuje škola, ve které působíte, konkrétní vzdělávací přístup?

Třetí otázkou bylo zjišťováno, zda mateřská škola preferuje konkrétní komunikační přístup ve vzdělávání. Jak se můžeme přesvědčit v tabulce č. 6 nebo v grafu č. 3, odpovědi na tuto otázku byly poměrně variabilní. Nejčastěji (3 = 37,5 %) byla uvedena jiná odpověď, jelikož školy často využívají více než jeden komunikační přístup ve vzdělávání. Jednou z odpovědí bylo např., že: „U dětí s NKS a lehčími vadami sluchu je využívána auditivně-orální forma komunikace, u dětí s těžšími vadami sluchu je využíván bilingvální či totální přístup komunikace ve vzdělávání.“ Další z respondentů uvedl, že je využíván jak auditivně-orální přístup, tak i přístup totální komunikace. Třetí z respondentů, který uvedl jinou odpověď, poznamenal, že v dané škole preferují bilingvální komunikační přístup a přístup totální komunikace. Zbytek dotazovaných si vybral jednu z nabídnutých odpovědí. Dva respondenti (2 = 25 %) zvolili variantu „c“, kde uvedli, že preferují přístup totální komunikace. V dalších odpovědích už se zbylí tři respondenti lišili. Jeden z respondentů (1 = 12,5 %) uvedl školou preferovaným komunikační přístup ve vzdělávání variantu „a“ – bilingvální přístup, druhý (1 = 12,5 %) uvedl variantu „b“ – auditivně-orální přístup a poslední respondent (1 = 12,5 %) zvolil možnost „d“ – škola nepreferuje konkrétní komunikační přístup.

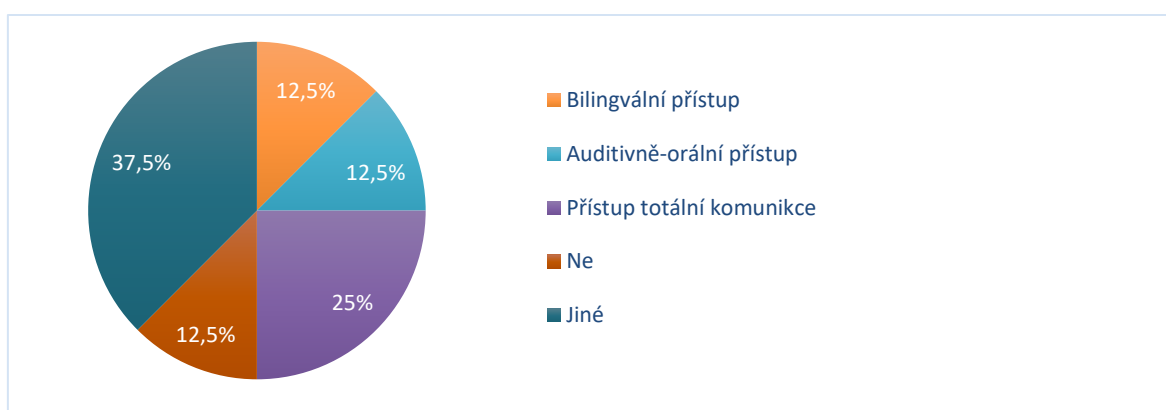
Preferuje škola, ve které působíte, konkrétní vzdělávací přístup?	Četnost odpovědí:
a) Ano, škola preferuje bilingvální přístup ve vzdělávání.	1

b) Ano, škola preferuje auditivně-orální přístup ve vzdělávání.	1
c) Ano, škola usiluje o přístup totální komunikace.	2
d) Ne.	1
e) Jiné.	3

Tabulka č. 6 Školou preferovaný komunikační přístup ve vzdělávání (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Jiné:

- U dětí s narušenou komunikační schopností škola preferuje auditivně-orální přístup, u dětí s těžším sluchovým postižením bilingvální přístup.
- Záleží na stupni sluchového postižení. Uplatňujeme auditivně-orální i totální komunikaci.
- Bilingvální a totální.



Graf č. 3 Školou preferovaný komunikační přístup ve vzdělávání (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

4. Jsou děti rozdělené do tříd podle druhů narušené komunikační schopnosti/specifických potřeb v komunikačním přístupu?

Na nejčastější odpovědi na otázku, zda jsou děti rozděleny do tříd podle specifických potřeb v komunikačním přístupu, se na variantě „a“ – děti jsou rozděleny do tříd na děti se sluchovým postižením a děti bez sluchového postižení, shodli 3 respondenti (3 = 37,5 %). Z grafu č. 4 vyplývá, že odpovědi respondentů byly dost variabilní. Jeden z respondentů (1 = 12,5 %) zvolil variantu „b“, že děti jsou rozdělené do tříd podle stupně sluchové vady. Jiný respondent (1 = 12,5 %) pak zvolil variantu „c“, že děti nejsou rozdělené do tříd podle

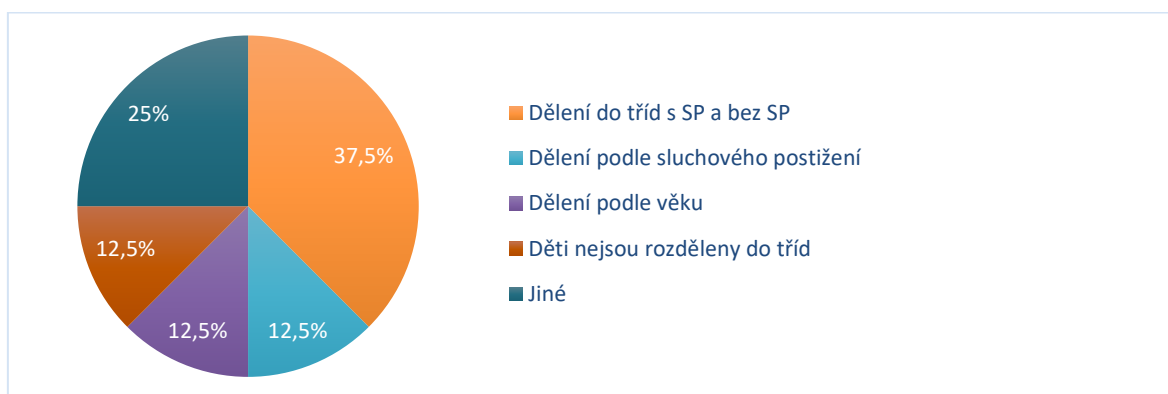
stupně sluchové vady, ale jsou rozdělené podle věku. I varianta „d“ byla vybrána jedním z respondentů (1 = 12,5 %), a to, že děti nejsou rozdělené do tříd. Dva respondenti (2 = 25 %) uvedli své vlastní odpovědi. V jedné ze škol jsou děti rozděleny podle svých komunikačních možností bez ohledu na postižení sluchu. Jinde jsou děti rozděleny do třech tříd: děti se SP, děti bez SP a smíšená třída dětí se SP a dětí bez SP.

Jsou děti rozdělené do tříd podle druhů narušené komunikační schopnosti/specifických potřeb v komunikačním přístupu?	Četnost odpovědí:
a) Ano, děti jsou rozdělené do tříd na děti se sluchovým postižením a děti bez sluchového postižení.	3
b) Ano, děti jsou rozdělené do tříd podle stupně sluchového postižení.	1
c) Ne, ale jsou rozděleny do tříd podle věku.	1
d) Ne, děti nejsou rozdělené do tříd.	1
e) Jiné.	2

Tabulka č. 7 Rozdělení dětí do tříd podle specifických potřeb v komunikačním přístupu (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Jiné:

- Jsou rozdělené podle svých komunikačních možností bez ohledu na postižení sluchu.
- Třída jen SP, třída bz SP, smíšená třída SP + bez SP.



Graf č. 4 Rozdělení dětí do tříd podle specifických potřeb v komunikačním přístupu (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

5. Jakým způsobem se liší poskytování logopedické péče u dětí se sluchovým postižením od terapie poskytované dětem s narušenou komunikační schopností – vývojovou dysfázií?

V tabulce č. 8 jsou interpretovány doslovné odpovědi jednotlivých respondentů. Dle některých logopedů se práce s těmito dětmi neliší. Podle jiných však velmi zásadně a významně.

Respondent	Odpověď:
Škola A	U každého dítěte postupuji podle jeho individuálních schopností, nedá se jednoznačně odpovědět. U dětí se sluchovým postižením více názornosti, pomocné artikulační znaky, eventuálně i znaky.
Škola B	Rozdíly existují.
Škola C	U dětí se sluchovým postižením se využívá přístup totální komunikace.
Škola D	V reedukačních postupech a metodách.
Škola E	Klademe mnohem větší důraz na PAZ, na ohmatávání, odposlouchávání...
Škola F	U dětí se zaměřujeme primárně na podporu správného vyvození (od přípravného cvičení až po automatizaci), je nutné ale rozvíjet i další složky osobnosti (zrakové vnímání, orientace, aj.)
Škola G	Překvapivě jsou si terapie dost podobné: božská trpělivost, obrovská láska k dětem i k práci, malé kroky, které nepřinášejí brzké viditelné zlepšení, optimistické očekávání do budoucna a úzká spolupráce s rodiči.
Škola H	Jistě diametrálně. Velmi složitá otázka. Obvykle neposkytuje jeden odborník (SPC) obojí péči.

Tabulka č. 8 Způsoby, jak se liší poskytování logopedické péče u dětí se sluchovým postižením od terapie poskytované dětem s NKS – vývojovou dysfázií (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

6. Liší se práce s dětmi se SP, které pocházejí z neslyšících rodin od práce s dětmi se SP z rodin slyšících rodičů? Pokud ano, jakým způsobem?

Respondent	Odpověď:
Škola A	U dětí neslyšících rodičů vyučujeme i znak.
Škola B	Zcela určitě. Neslyšící rodič vždy preferuje znakový jazyk. Slyšící rodič naopak orální komunikaci.
Škola C	Více se pracuje s rodinou s neslyšícími rodiči.
Škola D	Neliší.
Škola E	Děti ze slyšících rodin jsou vedeny k tomu, aby se učily komunikovat orálně. Rodiče s nimi doma pracují. Neslyšící rodiče nepovažují logopedii za přínos pro jejich dítě, preferují znakový jazyk, s dětmi nepracují.
Škola F	Práce se odlišuje pouze kompetencí dětí v obou využívaných jazykových systémech.
Škola G	Velmi významně. Pokud v neslyšící rodině není slyšící osoba, která by mohla s dítětem doma pracovat a procvičovat sluch a mluvenou řeč, náprava probíhá extrémně pomalu. Slyšící rodiče mají více očekávání, více s dítětem pracují, a to vědomě i nevědomým řečovým vzorem. Děti dosahují v nápravě výrazně lepších výsledků.
Škola H	Jistě. Nejdůležitější je komunikace s rodiči. U neslyšících je nutné zajistit tlumočení nebo odborníka se znalostí znakového jazyka.

Tabulka č. 9 Odlišnosti v práci s dětmi se SP pocházejících z neslyšících rodin od práce s dětmi se SP z rodin slyšících rodičů (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

7. Liší se pomůcky používané v rámci logopedické intervence u dětí se sluchovým postižením a u dětí s kombinovaným nebo jiným postižením (např. s vývojovou dysfázií)?

Tabulka č. 10 doslovně interpretuje odpovědi jednotlivých respondentů v otázce podobností a odlišností pomůcek používaných v rámci logopedické intervence u dětí se sluchovým postižením a u dětí s kombinovaným nebo jiným postižením (např. s vývojovou dysfázií). Pomůcky využívané během individuální logopedické péče se dle slov většiny logopedů

u dětí se sluchovým postižením a u dětí s vývojovou dysfázií příliš neliší, nebo se neliší vůbec. Pokud ano, tak jen minimálně.

Respondent	Odpověď:
Škola A	Částečně.
Škola B	Liší se.
Škola C	Neliší.
Škola D	Ne (u dětí se SP pouze při nácviku, např. audiometr...).
Škola E	Používáme víc názorné pomůcky, aby nám vše prošlo všemi smysly.
Škola F	Minimálně.
Škola G	Příliš ne, pomůcky mohou být stejné, práce s nimi lze mírně diferencovat.
Škola H	Spíš ne.

Tabulka č. 10 Odlišnost pomůcek používaných v rámci logopedické intervence u dětí se sluchovým postižením a u dětí s kombinovaným nebo jiným postižením (např. s VD), (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Druhá dílčí výzkumná otázka

II. dílčí otázkou bylo zjišťováno: Kým a v jakém rozsahu je poskytována logopedická intervence dětem v MŠ pro děti se sluchovým postižením?

Druhou otázkou bylo zjišťováno, kým a v jakém rozsahu je poskytována logopedická intervence dětem v MŠ pro děti se sluchovým postižením. K této otázce se v dotazníku vztahovaly 4 polouzavřené otázky.

8. Jak často probíhá u dětí se sluchovým postižením individuální logopedická péče (ILP)?

V rámci osmé dílčí otázky bylo zjišťováno, jak často u dětí v MŠ probíhá individuální logopedická péče. Z tabulky č. 11 lze vyčíst, že ILP probíhá v každé MŠ pro děti se sluchovým postižením, jen její frekvence je variabilní. Jeden z respondentů uvedl v rámci

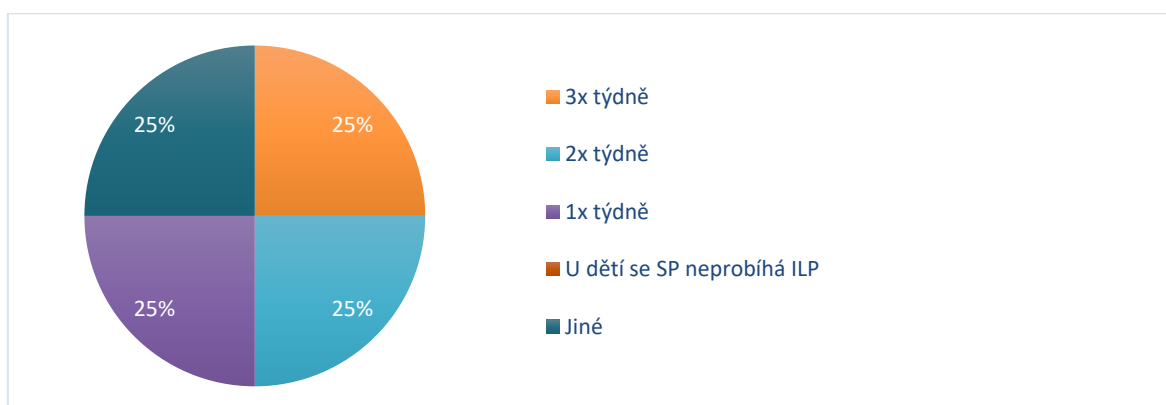
varianty „e“ vlastní odpověď, že v jejich škole probíhá ILP každý den, tedy 5x týdně. Dále byla uvedena „jiná odpověď“, která by se však dala považovat za variantu „b“, kdy respondent uvedl, že v MŠ probíhá ILP 2x týdně a v SPC dle potřeby. Dva respondenti (2 = 25 %) odpověděli, že 3x týdně, tedy za variantu „a“. Další dva respondenti (2 = 25 %) se shodli na variantě „b“ – ILP zde probíhá 2x týdně. Variantu „c“, že ILP zde probíhá 1x týdně, zaznamenali dva z respondentů (2 = 25 %).

Jak často probíhá u dětí se sluchovým postižením individuální logopedická péče (ILP)?	Četnost odpovědí:
a) 3x týdně.	2
b) 2x týdně.	2
c) 1x týdně.	2
d) U dětí se sluchovým postižením neprobíhá ILP.	0
e) Jiné.	2

Tabulka č. 11 Frekvence individuální logopedické péče u dětí se sluchovým postižením (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Jiné:

- ILP probíhá 5x týdně.
- V MŠ 2x týdně, v SPC podle potřeby.



Graf č. 5 Frekvence individuální logopedické péče u dětí se sluchovým postižením (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

9. Kdo zajišťuje individuální logopedickou intervenci (terapii) v MŠ?

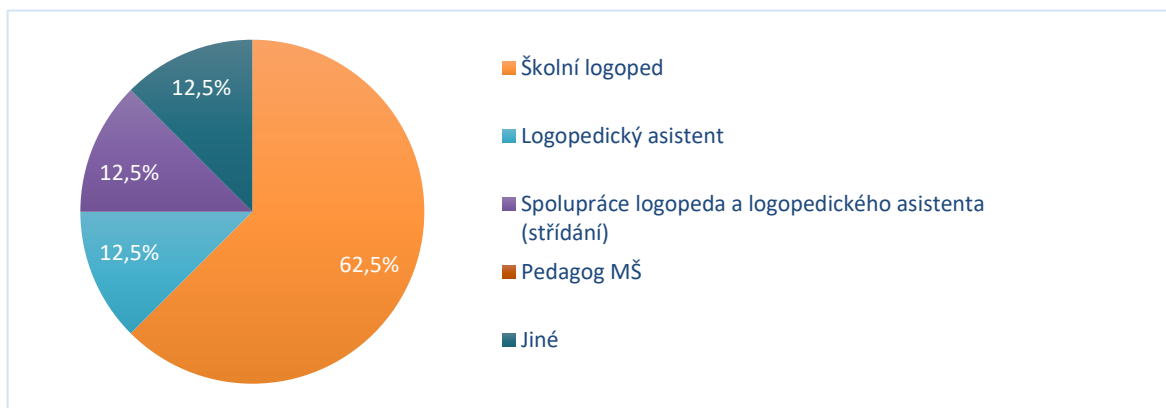
To, kdo je zajišťovatelem individuální logopedické péče (terapie) u dětí v MŠ pro děti se sluchovým postižením, bylo zjišťováno v rámci deváté otázky. Většina respondentů (5 = 62,5 %) se shodla na tom, že osobou poskytující individuální logopedickou terapii je nejčastěji školní logoped, tedy varianta „a“. V dalších odpovědích se zbylí respondenti různili. Jeden z respondentů (1 = 12,5 %) uvedl variantu „b“ – poskytovatelem ILP pro děti v MŠ je logopedický asistent. Jiným respondentem (1 = 12,5 %) byla uvedena varianta „c“, že v rámci ILP spolupracuje školní logoped spolu s logopedickým asistentem a ve své práci se střídají. Jinou odpovědí, ve variantě „e“, uvedl další z respondentů (1 = 12,5 %) za zajišťovatele ILP, učitelky MŠ a speciální pedagogy.

Kdo zajišťuje individuální logopedickou intervenci (terapii) v MŠ?	Četnost odpovědí:
a) Školní logoped.	5
b) Logopedický asistent.	1
c) Spolupráce logopeda a logopedického asistenta (střídání).	1
d) Pedagog MŠ.	0
e) Jiné.	1

Tabulka č. 12 Osoba/y zajišťující individuální logopedickou intervenci terapii v MŠ (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Jiné:

- MŠ učitelky, speciální pedagogové.



Graf č. 6 Osoba/y zajišťující individuální logopedickou intervenci terapii v MŠ (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

10. Jaká je délka trvání individuální logopedické péče (při jedné terapeutické lekci)?

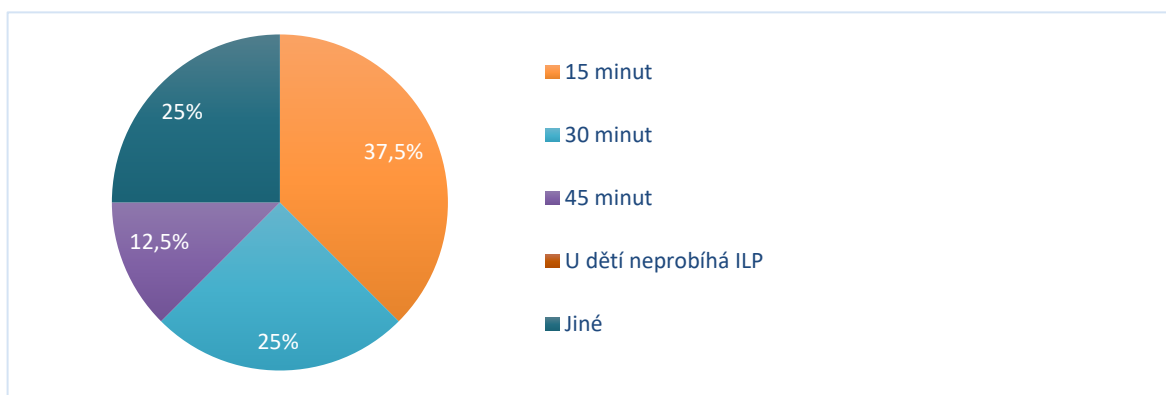
V rámci desáté otázky bylo zjišťováno, jaká bývá délka průběhu jedné individuální terapeutické lekce. Většinou byla respondenty (3 = 37,5 %) uvedena odpověď „a“ – 15 minut. Dvakrát (2 = 25 %) byla zaznamenána odpověď „b“ – 30 minut. V jednom případě (1 = 12,5 %) byla uvedena odpověď „c“, že délka jedné lekce ILP trvá 45 minut. I zde byly respondenty uvedeny, v rámci varianty „e“, jiné odpovědi. V jedné ze škol je prý délka ILP 20 minut. Jiným respondentem bylo upozorněno na fakt, že délka ILP je určena dle schopnosti soustředění – max. však 30 minut.

Jaká je délka trvání individuální logopedické péče (při jedné terapeutické lekci)?	Četnost odpovědí:
a) 15 minut.	3
b) 30 minut.	2
c) 45 minut.	1
d) U dětí neprobíhá ILP.	0
e) Jiné.	2

Tabulka č. 13 Délka trvání individuální logopedické péče (při jedné terapeutické lekci), (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Jiné:

- Dle schopnosti soustředění (max. 30 minut).
- 20 minut.



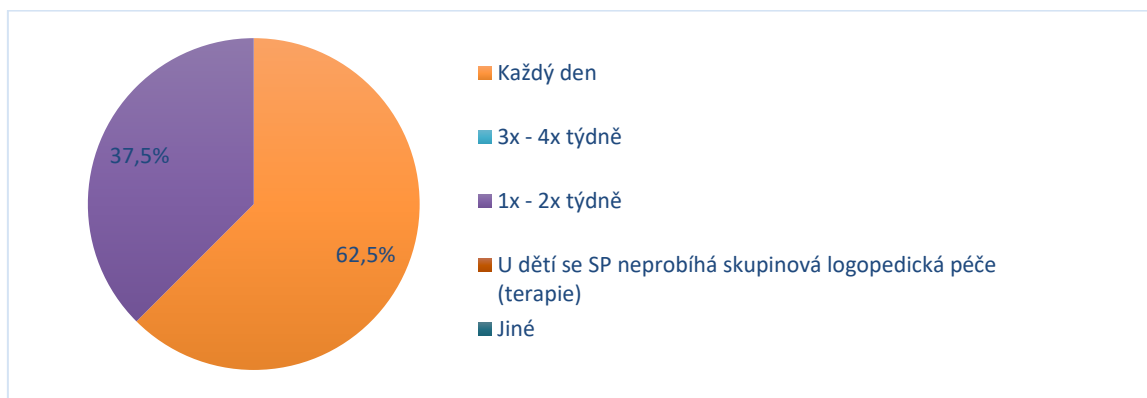
Graf č. 7 Délka trvání individuální logopedické péče (při jedné terapeutické lekci), (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

11. Jak často u dětí probíhá skupinová logopedická péče (terapie)?

Z tabulky č. 14 a grafu č. 8 lze vyčíst, jaká je frekvence skupinové logopedické péče (terapie). Většina respondentů (5 = 62,5 %) volbou varianty „a“ uvedla, že skupinová logopedická terapie probíhá v MŠ každý den. Další tři respondenti (3 = 37,5 %) se shodli na variantě „c“, tedy že skupinová logopedická péče probíhá 1x – 2x týdně.

Jak často u dětí probíhá skupinová logopedická péče (terapie)?	Četnost odpovědí:
a) Každý den.	5
b) 3x – 4x týdně.	0
c) 1x – 2x týdně.	3
d) U dětí se sluchovým postižením neprobíhá skupinová logopedická péče (terapie).	0
e) Jiné.	0

Tabulka č. 14 Frekvence skupinové logopedické péče (terapie), (zdroj: vlastní zpracování, 2019)



Graf č. 8 Frekvence skupinové logopedické péče (terapie), (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Třetí dílčí výzkumná otázka

III. dílčí výzkumnou otázkou bylo zjišťováno: **Jakým způsobem probíhá spolupráce školního logopeda s pedagogy, rodiči a případně dalšími odborníky, kteří pečují o děti v MŠ se sluchovým postižením?**

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na spolupráci dospělých osob v péči o děti v MŠ se sluchovým postižením. K otázce se vztahují 4 dílčí otázky – dvě polouzavřené a dvě otevřené.

12. Je dětem se sluchovým postižením zároveň poskytována logopedická intervence mimo školu?

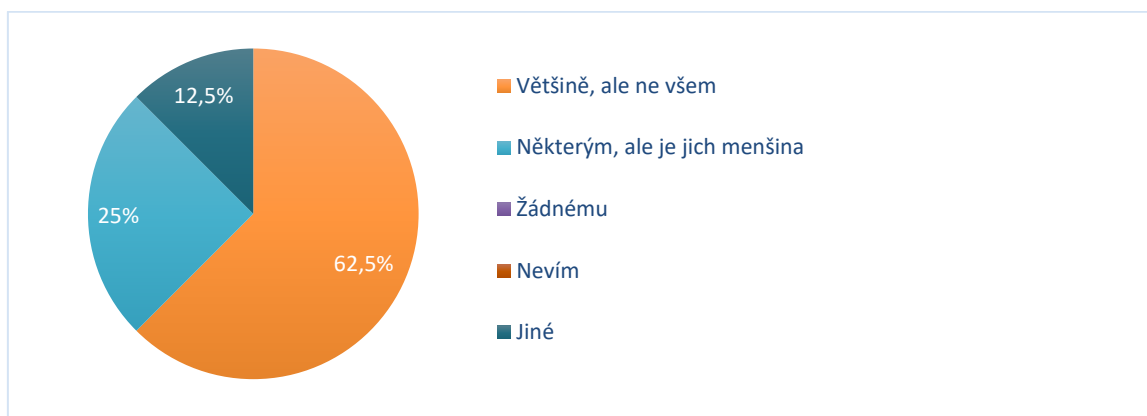
Vzhledem k důležitosti kooperace jednotlivých odborníků, kteří o dítě pečují, bylo v rámci otázky č. 12 zjišťováno, zda je dětem poskytována logopedická intervence i mimo školu. Většina dotazovaných respondentů (5 = 62,5 %) uvedla variantu „a“, tedy že většině dětem je poskytována logopedická intervence mimo školu, ale ne všem. Dva respondenti (2 = 25 %) zvolili variantu, že některým dětem ano, ale je jich menšina, tj. varianta „b“. V rámci varianty „e“ byla jedním z respondentů (1 = 12,5 %) poskytnuta odpověď, že ILP je poskytována i ve SPC, ale ve zdravotnictví minimálně.

Je dětem se sluchovým postižením zároveň poskytována logopedická intervence mimo školu?	Četnost odpovědí:
a) Ano, většině dětí je poskytována logopedická intervence v rámci rezortu zdravotnictví, ale ne všem.	5
b) Ano, některým dětem je poskytována logopedická intervence v rámci rezortu zdravotnictví, ale je jich menšina.	2
c) Ne, žádnému z dětí není poskytována logopedická intervence v rámci rezortu zdravotnictví.	0
d) Nevím, tyto informace mi nebyly poskytnuty.	0
e) Jiné.	1

Tabulka č. 15 Poskytování logopedické intervence dětem se sluchovým postižením mimo školu (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Jiné:

1. V SPC, ve zdravotnictví minimálně.



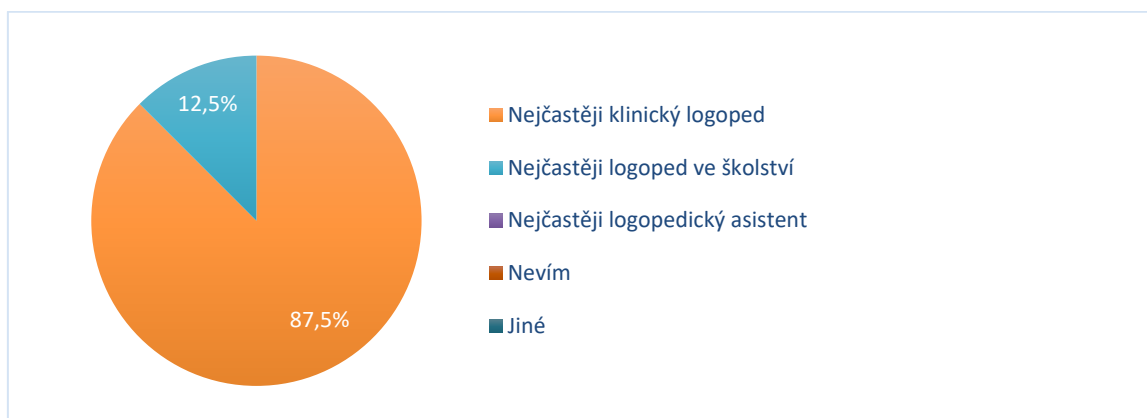
Graf č. 9 Poskytování logopedické intervence dětem se sluchovým postižením mimo školu (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

13. Pokud je dětem poskytována logopedická intervence, kdo zajišťuje logopedickou intervenci mimo školu?

Z grafu č. 10 a tabulky č. 16 je zřejmé, že drtivá většina (7 = 87,5 %) uvedla jako nejčastější osobu zajišťující logopedickou intervenci mimo školu klinického logopeda, tedy variantu „a“. Zbýlý respondent (1 = 12,5 %) pak uvedl variantu „b“, že osoba, poskytující logopedickou péči mimo školu, je nejčastěji logoped ve školství.

Pokud ano, kdo zajišťuje logopedickou intervenci mimo školu?	Četnost odpovědí:
a) Nejčastěji klinický logoped.	7
b) Nejčastěji logoped ve školství.	1
c) Nejčastěji logopedický asistent.	0
d) Nevím, nemám tyto informace.	0
e) Jiné.	0

Tabulka č. 16 Osoba/y zajišťující logopedickou intervenci mimo školu (zdroj: vlastní zpracování, 2019)



Graf č. 10 Osoba/y zajišťující logopedickou intervenci mimo školu (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

14. Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi logopedem/logopedickým asistentem a pedagogem?

V tabulce č. 17 jsou doslovně interpretovány odpovědi všech respondentů, kteří popisují, jakým způsobem probíhá spolupráce mezi logopedem/logopedickým asistentem a pedagogem.

Respondent	Odpověď:
Škola A	Spolupracujeme velmi úzce každý den.
Škola B	Společné konzultace.
Škola C	Prostřednictvím rodičů.
Škola D	Jednou měsíčně proběhne společná konzultace.
Škola E	Logoped pedagogům předává informace o tom, co v rámci ILP dělají, co mohou s dětmi zkusit ve třídě, předávají si sešity a ukazují si, co dělají.
Škola F	Spolupráce v rámci MŠ je zcela bezproblémová, vzájemně se informujeme o schopnostech dětí a koordinujeme činnost.
Škola G	Periodické schůzky, a je-li třeba, konzultace o jednotlivém dítěti po domluvě.

Škola H	Konzultace osobní, telefonické i e-mailové.
---------	---

Tabulka č. 17 Způsob průběhu spolupráce mezi logopedem/logopedickým asistentem a pedagogem (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

15. Jakým způsobem probíhá spolupráce školního logopeda/logopedického asistenta s rodiči?

Způsob spolupráce školního logopeda/logopedického asistenta s rodiči je popsán v jednotlivých doslovně interpretovaných odpovědích každého z respondentů, v tabulce č. 18. Některé odpovědi jsou velmi stručné, ale některé odpovědi dosti podrobně popisují konkrétní způsoby spolupráce.

Respondent	Odpověď:
Škola A	Rodiče dostávají sešity s úkoly a průběhem individuální logopedie. Individuální schůzky a možnost každodenního kontaktu při předávání.
Škola B	Rodič je informován prostřednictvím sešitu nebo osobní konzultace.
Škola C	Každodenní kontakt.
Škola D	Konzultace dle potřeby (nejméně 2x týdně).
Škola E	Ráno nebo odpoledne při předávání dětí si řekneme, co jsme v logopedii dělali, rodiče mají nachystané sešity, které si mohou kterýkoliv den brát domů a pracovat s dětmi. V sešitech je vždy podrobně napsáno, co jsme který den dělali a co dělat u jednotlivých úkolů, na co si dát pozor. Rodiče mohou také využít konzultačních hodin logopeda.
Škola F	Kontakt s rodiči probíhá primárně prostřednictvím logopedických sešitů. Tam jsou rodiče informováni o průběhu ILP a na doma jsou zadávány úkoly.
Škola G	Rodiče zveme hned na začátku školního roku k návštěvám logopedických lekcí. Ty však probíhají dopoledne, kdy většina rodičů chodí do práce. Přibližně 5 % rodičů se občas přijde podívat. S postupujícím školním rokem návštěvy mizí.

Škola H	Osobně po intervenci.
---------	-----------------------

Tabulka č. 18 Způsob průběhu spolupráce školního logopeda/asistenta s rodiči (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka

IV. dílčí otázkou bylo zjišťováno: Jakým způsobem jsou běžné denní aktivity ve vybrané MŠ pro děti se sluchovým postižením přínosné z hlediska logopedické intervence?

16. Jak probíhá kolektivní logopedická péče?

17. Jakým způsobem probíhá komunikace mezi pedagožkami a dětmi?

18. Jakým způsobem jsou rozvíjeny jednotlivé jazykové roviny?

Na základě vlastního týdenního pozorování byla ze strany přímého pozorovatele snaha zodpovědět všechny stanovené otázky a popsat situaci v poskytování logopedické intervence ve vybrané MŠ pro děti se sluchovým postižením. Před samotným pozorováním byl prostudován ŠVP a TVP dané mateřské školy pro děti se sluchovým postižením, na jejichž základě byly určeny jevy, které byly po celý týden sledovány a zaznamenávány.

Cílem pozorování bylo popsat běžný chod konkrétní třídy mateřské školy pro děti se sluchovým postižením, zejména pak průběh kolektivní logopedické péče, a porovnat, zda náplň práce splňuje vytyčené cíle, popsané v ŠVP a TVP. Dále bylo zjišťováno, jakým způsobem probíhá běžná každodenní komunikace mezi pedagožkami a dětmi, které mají specifické potřeby v komunikaci. V rámci interpretace vypořizovaných jevů je v této části rovněž popsáno, jakým způsobem byly u dětí rozvíjeny jednotlivé jazykové roviny, tj. lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická, foneticko-fonologická a pragmatická rovina. Získaná data byla interpretována přepisem terénních poznámek.

Charakteristika třídy

Vzdělávací program je určen dětem, které mají speciální vzdělávací potřeby. V současné době jsou v MŠ formálně dvě třídy, kde jsou děti rozděleny podle věku:

- mladší děti – věk 3–5 let,
- předškoláci – věk 6–7 let.

Z organizačních důvodů jsou však obě třídy většinu času spojené, až na určité specifické aktivity, kdy jsou děti rozděleny do několika menších skupin.

Třídu navštěvuje 23 dětí, z toho je zde:

- 13 dětí se sluchovým postižením,
- 8 dětí s určitým druhem narušené komunikační schopnosti (VD, OVŘ),
- 2 děti s určitým druhem narušené komunikační schopnosti + ADHD.

Péči o děti a jejich vzdělávání zajišťují 4 kvalifikované pedagožky. Odbornou péči zajišťuje školní logopedka a logopedická asistentka. Garantem logopedické péče je speciální pedagog ze SPC, které působí při škole. Komunikace pedagogických pracovníků s rodiči dětí probíhá bezprostředně každý den. Dvakrát ročně pak probíhají setkání všech rodičů. (TVP školy XY, 2018)

Organizace vzdělávání

Vzdělávání v MŠ se řídí následujícím denním a týdenním režimem:

Režim dne:

6:45 – 8:00	příchod dětí do mateřské školy, ranní hry
8:00 – 10:00	ILP – 20 min. individuální logopedie se školní logopedkou (každé dítě cca 2x – 3x týdně)
8:00 – 8:25	rozvíjení schopností a dovedností dětí
	RV (rozumová výchova)
	ILP (individuální logopedická péče)

8:25 – 8:45	ranní rozcvička TV (tělesná výchova) HVP (hudebně-pohybová výchova)
8:45 – 9:00	hygiena
9:00 – 9:30	svačina
9:30 – 9:35	hygiena
9:35 – 10:15	KLP (kolektivní logopedická péče)
10:15 – 10:45	RV (rozumová výchova) + tematické celky
10:45 – 10:50	hygiena
10:50 – 11:00	příprava na ven
11:00 – 11:50	pobyt venku na hřišti
11:50 – 12:00	hygiena
12:00 – 12:30	oběd
12:30 – 13:00	hygiena, odchod dětí
13:00 – 14:30	odpočinek
14:30 – 15:00	svačina
15:00 – 16:45	15 min. fixace ILP (individuální logopedické péče) volné hry ve třídě, odchod

Úterý, Čtvrtek

Úterý	VV (výtvarná výchova) PV (pracovní výchova)
Čtvrtek	vycházka mimo budovu školy, výlet

Výchovné a vzdělávací strategie

Základním aspektem všestranného rozvíjení tělesných, psychických a sociálních schopností a dovedností dětí, je dle ŠVP školy XY (2018) podněcování a podpora mluvené řeči s využitím speciálně pedagogických metod, a to především metody:

- reedukační,
- kompenzační.

Tyto metody vedou k podpoře:

- sluchového vnímání,
- odezírání,
- rozumění mluvené řeči,
- aktivnímu užívání mluvené řeči.

Školní vzdělávací program vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání, a to v oblasti:

- biologické,
- psychologické,
- interpersonální,
- sociálně-kulturní,
- environmentální.

Další speciální součástí ŠVP je logopedický senzomotorický reedukační program pro děti se sluchovým postižením v předškolním věku. (ŠVP školy XY, 2018)

Logopedická péče

Pro rozvoj dovedností a schopností dítěte, které jsou přiměřené věku a dosaženému stupni vývoje, je uplatňován tzv. multisenzoriální přístup. Také je zde uplatňován individuální přístup, který zohledňuje dosažení stupně vývoje, ale i individuální vlastnosti, schopnosti a dovednosti jednotlivých dětí. V rámci ŠVP je konkrétně vypsána řada činností, které jsou v MŠ prováděny. Tyto činnosti jsou uvedeny v rámci vlastního pozorování během jednotlivých dnů. (ŠVP školy XY, 2018)

Záznam z pozorování

Téma týdne: „Zvířata u vody“

PONDĚLÍ

Ráno/Dopoledne

Během ranních hodin, asi od 6:30, začaly do MŠ postupně přicházet jednotlivé děti. Po pozdravu učitelek a rozloučení s rodiči většinou zamířily do herny, která nabízí mnoho

rozmanitých her. Mezitím si učitelka zvala ke stolečku jednotlivé děti, které v rámci rozumové výchovy seznámila s obrázky zvířat, které žijí u vody, což bylo také dle TVP tématem daného týdne. Děti dostaly pracovní list a měly za úkol vybrat, jaké zvíře do souboru nepatří. Poté určily názvy všech zvířat a rovněž první a poslední hlásky jednotlivých pojmů. Každé nové slovo bylo vytleskáno – podpořeno rytmizací. Takto se postupně vystřídaly všechny děti. Mezitím probíhala ILP se školními logopedkami v oddělené místnosti, vhodně vybavené logopedickými pomůckami. Vždy přišla jedna ze dvou logopedek a vyzvala konkrétní dítě, které si s sebou vzalo svůj logopedický sešit, v němž jsou zaznamenávány konkrétní úkoly a činnosti, které jsou náplní individuální logopedické terapie. Každá ILP má odlišný průběh, přizpůsobený možnostem jednotlivých dětí a trvá zpravidla kolem dvaceti minut. Cca v 8:30 dala učitelka povel k úklidu hraček. Postavila se doprostřed třídy a v pravidelném rytmu bouchala na bubínek. Děti už jsou zvyklé, že toto je signál pro úklid a spontánně začaly uklízet. Po chvíli se děti usadily před magnetickou tabulí, kde proběhl každodenní ranní rituál, kdy se společně spočítá, kolik dětí je ve školce a kolik dětí chybí. Každé dítě má magnet se svou fotografií, kterou dalo do domečku, symbolizujícího školu a jejich přítomnost. Magnety těch, které chyběly, byly dány na stranu do malých domečků. Poté se šly děti za dozoru učitelek umýt a došly si na toaletu. Dále následoval další rituál. Jedno z dětí vždy vyvolalo děti sedící na lavičce, které mohou odejít zpět do třídy až poté, co jsou vyvolány. Děti byly osločovány buď jménem, nebo značkou, kterou mají přidělenou od začátku školního roku. Následuje svačina, kdy učitelky pomáhají se stravováním. Vše má svá pravidla a děti jsou striktně vedeny ke zdvořilému chování v běžných sociálních situacích.

Kolektivní logopedická péče

Na tuto činnost se děti rozdělily do tří menších skupin (po šesti dětech), kdy každá skupina s jednou učitelkou pracovala odděleně, a to i v jiné místnosti. Děti ve skupinách byly rozdělené podle specifických komunikačních potřeb. Nejprve proběhla oromotorická rozcvička mluvidel: lateralizace, elevace jazyka, placka, špička apod. Dále učitelka ukázala dětem obrázek vztahující se k tématu. Děti měly za úkol určit co je na obrázku. Učitelka využívala další různé pomůcky, aby podpořila učení všemi smysly. Jako vizuální zdroj použila předpřipravené kartičky, které se tematicky vztahovaly k obrázku. Dále používala

vhodné pomůcky, např. špachtli, peříčko, vodu apod. V rámci sluchové výchovy učitelka měnila intenzitu hlasu (hlasitá řeč x šepot). Poté se děti naučily básničku „Žába“, která byla podpořena pohyby a gesty.

Pobyt venku

Po kolektivní logopedické péči následovala hygiena, oblékání dětí a odchod ven. Učitelky šly s dětmi na krátkou procházku po okolí školy. Poté zůstaly na nedalekém hřišti, kde měly děti volnou hru. Na hřišti se nachází mnoho různých prolézaček a lezeckých stěn, na kterých si děti mohou rozvíjet hrubou motoriku, koordinaci pohybů atp.

Poledne/Odpoledne

Po příchodu z hřiště následovala hygiena a oběd. Po obědě byly některé děti vyzvednuty svými rodiči nebo prarodiči a zbylé děti, kterých byla zhruba třetina původního počtu, se s učitelkou přesunuly do lehárny, kde pravidelně odpočívají do 14:30. Poté následovala odpolední svačina a odchod dětí domů. Děti, které zůstaly ve škole déle, šly na odpolední ILP nebo si hrály v herně.

ROZVÍJENÁ JAZYKOVÁ ROVINA	AKTIVITA
<ul style="list-style-type: none"> • LEXIKÁLNĚ-SÉMANTICKÁ 	<ul style="list-style-type: none"> • pojmenovávání druhů zvířat • opakování básniček, písniček • vyčlenění ze skupiny
<ul style="list-style-type: none"> • MORFOLOGICKO-SYNTAKTICKÁ 	<ul style="list-style-type: none"> • tvorba jednotného čísla • tvorba množného čísla
<ul style="list-style-type: none"> • FONETICKO-FONOLOGICKÁ 	<ul style="list-style-type: none"> • určování první a poslední hlásky ve slově • určování kvantity vokálů • vyčlenění slabiky ve slově
<ul style="list-style-type: none"> • PRAGMATICKÁ 	<ul style="list-style-type: none"> • vyprávění příběhu k tématu • porozumění příběhu

Tabulka č. 19 Pozorování jazykových rovin – pondělí (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Zaznamenané formy činnosti vycházející ze ŠVP školy XY (2018):

- Motivování a podporování zájmu o mluvenou řeč ze strany učitelek a s podporou vzbuzování zájmu o mluvené projevy ostatních dětí.
- Rozvíjení slovní zásoby – přiměřeně k motivaci, zkušenostem, percepčně-motorickým schopnostem jednotlivých dětí.
- Vedení dětí ke sledování a porozumění krátkým jednoduchým obrázkovým příběhům s jednoduchým slovním doprovodem.
- Rozumění a poté vlastní používání jednoduchých frází v odpovídajících sociálních situacích (pozdrav, poděkování, prosba apod.).
- Rozvíjení hrubé motoriky, pohybové koordinace a rovnováhy.
- Základní rozvíjení motoriky mluvidel (individuální péče).

Specifika v komunikaci

Bylo nezbytné, aby se učitelky přizpůsobily individuálním specifickým komunikačním požadavkům každého dítěte. Speciální potřeby dětí jsou vzhledem k jejich typům znevýhodnění dost variabilní. U většiny dětí nebyla přítomna pouze sluchová vada nebo určitý typ NKS, ale v mnohých případech bylo zde přidruženo další narušení, jako např. ADHD. Vzhledem k tomu bylo mnohdy náročné udržet kolektiv dětí v klidu. Rovněž bylo náročné komunikovat s dětmi tak, aby konkrétnímu sdělení porozuměly jak děti se sluchovým postižením, tak i děti s určitým narušením komunikační schopnosti, zejména s vývojovou dysfázií. Proto učitelky komunikovaly s dětmi všemi možnými způsoby tak, aby jim děti byly schopné porozumět. Učitelky měly precizní výslovnost, mluvily pomaleji a vždy se snažily s dítětem se sluchovým postižením komunikovat tak, aby mu bylo usnadněno odezírání. Dalším specifikem byla komunikace prostřednictvím světla. Když učitelka zablikala světlem, děti zbystrily a měly již naučeno, že mají přerušit činnost a věnovat svou pozornost učitelce.

ÚTERÝ

Ráno/Dopoledne

Úterní ráno probíhalo obdobně jako ráno pondělní. V ranních hodinách se děti scházejí ve škole a většinou jdou automaticky k nějaké ze svých oblíbených her. Herna je vybavena množstvím didaktických hraček. Děti si hrály v herně po skupinkách. Většinou se přirozeně seskupovaly podle toho, s kým se kamarádí, což často vychází z jejich specifických komunikačních potřeb. Děti s těžší vadou sluchu, které pocházejí z rodin neslyšících rodičů, mezi sebou komunikovaly v českém znakovém jazyce. Zatímco si děti hrály, učitelka si postupně zvala ke stolu jednotlivé děti, které si z papíru vyrobily jednoduchou rybu, kterou pomalovaly temperovou barvou. Společně pak děti namalovaly velký rybník, do kterého byly vyrobené ryby nalepeny. Následoval ranní rituál, kdy si děti zopakovaly dny v týdnu, měsíce v roce a určily, kdo je a kdo není ve škole přítomen. Poté se děti přesunuly do velké herní místnosti, kde proběhla hudebně-pohybová výchova (HPV). V rámci HPV proběhla krátká rozcvička, kdy děti opakovaly pohyby učitelek a opakovaly zvuky, kterými napodobovaly různá zvířata. Poté si zopakovaly známé básničky a písničky, které byly doprovázeny pohybem celého těla a gesty. Na závěr HPV nachystaly učitelky „opičí dráhu“, kde děti rozvíjely hrubou motoriku. Dráha byla sestavena tak, že děti skákaly, přelézaly, přecházely a nakonec „válely sudy“. Následně se šly děti umýt a posvačit.

Kolektivní logopedická péče

Tentokrát byly děti rozdělené do dvou skupin podle věku – mladší děti (3–5 let) a předškoláci (6–7 let). S mladšími dětmi pracovaly dvě učitelky, se staršími dětmi pracovala jedna z učitelek. U starších dětí probíhala KLP podobně jako předchozí den. Nejprve učitelka s dětmi provedla sadu oromotorických cvičení. Poté si děti za podpory vizuálních pomůcek zopakovaly pojmy zvířat, které se naučily předchozí den. Děti dostaly nastříhané kartičky, ze kterých složily obrázek, na němž byla zvířata u vody. Jejich dalším úkolem bylo tento obrázek popsat a vymyslet si příběh.

Pobyt venku

Po hygieně se děti oblékly v šatně. Pro některé děti bylo oblékání velmi náročné, proto vyžadovaly asistenci paní učitelky. Učitelky se však snažily podporovat samostatnost dítěte v co největší míře. Proto s oblékáním pomáhaly, jen pokud to bylo nezbytně nutné. Poté následoval pobyt na dětském hřišti, kde se děti společně samy zabavily.

Poledne/Odpoledne

Po příchodu z hřiště následovala hygiena a oběd. Po obědě byly některé děti vyzvednuty svými rodiči nebo prarodiči a zbylé děti, kterých byla zhruba třetina původního počtu, se s učitelkou přesunuly do lehárny, kde děti pravidelně odpočívají do 14:30. Poté následovala odpolední svačina a odchod dětí domů. Děti, které ve škole zůstaly déle, šly buď na odpolední ILP, anebo si hrály v herně.

ROZVÍJENÁ JAZYKOVÁ ROVINA	AKTIVITA
<ul style="list-style-type: none">LEXIKÁLNĚ-SÉMANTICKÁ	<ul style="list-style-type: none">opakování básniček, písničekvyjmenování dnů v týdnu/měsíců v rocepojmenovávání druhů zvířat
<ul style="list-style-type: none">MORFOLOGICKO-SYNTAKTICKÁ	<ul style="list-style-type: none">používání správných předložekobrázkové čtení
<ul style="list-style-type: none">FONETICKO-FONOLOGICKÁ	<ul style="list-style-type: none">napodobování zvuků zvířatrozlišování specifických asimilací
<ul style="list-style-type: none">PRAGMATICKÁ	<ul style="list-style-type: none">vyprávění příběhu na základě obrázkuvyprávění vlastních zážitků/zkušeností

Tabulka č. 20 Pozorování jazykových rovin – úterý (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Zaznamenané formy činnosti vycházející ze ŠVP školy XY (2018):

- Podpora vývoje jemné motoriky (koordinace pohybu rukou).
- Rozvíjení hrubé motoriky, pohybové koordinace a rovnováhy.
- Péče o gramatickou správnost mluveného projevu. Tvorba vět se správným slovosledem, seznamování s gramatickými rody, a správné vyjadřování času, se správným používáním předložek apod.
- Rozvíjení smyslu pro rytmus.
- Prohlubování již získaných schopností a dovedností.
- Jednoduchá říkadla s rytmickým a motorickým doprovodem (zejména s pohybem rukou).
- Rozvíjení matematických představ a pojmů.
- Základní rozvíjení motoriky mluvidel (individuální péče).

Specifika v komunikaci

U dětí se sluchovým postižením se extrémně dbalo na složku odezírání. Učitelky s dětmi neznakovaly a vyžadovaly po dětech, aby se snažily pouze mluvit. Je nutné konstatovat, že učitelky byly z ortoepického hlediska skutečně dobrými řečovými vzory, komunikovaly s dětmi se značnou trpělivostí a vždy dbaly na to, aby dodržovaly správné podmínky pro odezírání. Učitelky také dbaly na samostatnost dětí, kterou se u nich snažily vybudovat a vhodnými způsoby podněcovaly děti ke komunikaci.

STŘEDA

Ráno/Dopoledne

Ve středu ráno probíhalo vše dle režimu mateřské školy. Během ranních hodin se děti postupně scházely ve škole. Učitelky měly pro děti nachystané tematické pracovní listy. Byly zde na výběr omalovánky zvířat žijících u vody. Dále zde byly grafomotorické listy, znázorňující vlny ve vodě. Děti nejprve naznačovaly vlny celou paží, poté prstem a až následně je vyznačily do grafomotorického listu. Učitelky kontrolovaly a upravovaly správný úchop tužky. Poté byly děti učitelkami svolány na každodenní ranní rituál, kdy se děti samy spočítaly a určily, kdo ve škole je a kdo není. Po ranním rituálu byly děti

rozděleny na menší skupinky v rámci kolektivní logopedické péče. V průběhu dopoledne přicházely pro děti dvě logopedky, které dětem poskytovaly ILP.

Kolektivní logopedická péče

Tentokrát byla pozorována KLP skupinky mladších dětí (3–4 roky). Paní učitelka s dětmi nejprve zopakovala novou básničku „Žába“, která byla doprovázena gesty a pohyby celého těla. Následovala řada oromotorických a respiračních cvičení. Poté učitelka dětem pošeptala název konkrétního zvířete žijícího u vody. Děti měly za úkol popsat zvíře žijící u vody, aniž by prozradily konkrétní název zvířete. Ostatní děti měly za úkol uhádnout, o jaké zvíře se jedná.

Pobyt venku

Po KLP následovala hygiena a oblékání dětí. Poté se odešlo na nedaleké dopravní hřiště, kam učitelky s dětmi pravidelně dochází. Na dopravním hřišti byla dětem zapůjčena kola, koloběžky a odrážedla. I přesto, že zde děti nebyly poprvé, paní instruktorka jim dala základní instrukce ohledně ježdění vpravo a ujasnění funkce semaforu a jednotlivých dopravních značek. Starší děti neměly s ježděním na kole ani s dodržováním dopravních předpisů žádné problémy. Některé mladší děti měly problémy s udržení se v pravém jízdním pruhu a dodržováním dopravních předpisů. Po volných jízdách měly děti za úkol projet předem určenou dráhu. Z dopravního hřiště se učitelky s dětmi přesunuly na dětské hřiště, které bylo po cestě do mateřské školy.

Poledne/Odpoledne

Po příchodu z vycházky následovala hygiena a oběd. Po obědě byly některé děti vyzvednuty svými rodiči nebo prarodiči a zbylé děti, kterých byla zhruba čtvrtina původního počtu, se s učitelkou přesunuly do lehárny, kde děti pravidelně odpočívají do 14:30. Poté následovala odpolední svačina a odchod dětí domů. Děti, které zůstaly ve škole déle, šly na odpolední ILP, nebo si hrály v herně.

ROZVÍJENÁ JAZYKOVÁ ROVINA	AKTIVITA
<ul style="list-style-type: none">• LEXIKÁLNĚ-SÉMANTICKÁ	<ul style="list-style-type: none">• rozvoj aktivní slovní zásoby

	<ul style="list-style-type: none"> • rozvoj pasivní slovní zásoby
<ul style="list-style-type: none"> • MORFOLOGICKO-SYNTAKTICKÁ 	<ul style="list-style-type: none"> • používání sloves • tvoření jednotného čísla • tvoření množného čísla
<ul style="list-style-type: none"> • FONETICKO-FONOLOGICKÁ 	<ul style="list-style-type: none"> • detekce hlásky ve slově • identifikace hlásky ve slově
<ul style="list-style-type: none"> • PRAGMATICKÁ 	<ul style="list-style-type: none"> • pochopení dopravních předpisů

Tabulka č. 21 Pozorování jazykových rovin – střed (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Zaznamenané formy činnosti vycházející ze ŠVP školy XY (2018):

- Dechová, fonační, rytmizační cvičení.
- Orientace v prostoru a na ploše a její slovní vyjádření.
- Rozvíjení grafomotoriky – vedení záměrného pohybu, seznamování s jednotlivými grafémy velké tiskací abecedy, dle zájmu a schopností dítěte.
- Péče o gramatickou správnost mluveného projevu. Tvorba vět se správným slovosledem, seznamování s gramatickými rody, a správné vyjadřování času, se správným používáním předložek apod.
- Rozvíjení hrubé motoriky, pohybové koordinace a rovnováhy.
- Jednoduché tematické hry s jednoduchým slovním doprovodem.
- Pravolevá orientace.
- Rozvíjení matematických představ a pojmů.
- Základní rozvíjení motoriky mluvidel (individuální péče).

Specifika v komunikaci

Když se děti nacházely v jiném než ve školním prostředí, byly často roztěkané a dlouho neudržely pozornost. Komunikace dětí s cizími osobami byla pro obě strany velmi náročná.

ČTVRTEK

Ráno/Dopoledne

Děti se ráno začaly scházet v MŠ asi od 6:45, kdy přišlo první dítě. Učitelka pracovala s dětmi individuálně u interaktivní tabule, zatímco ostatní děti se v herně samy zabavily stavěním kostek, prohlížením obrázkových knížek, vybarvováním tematických omalovánek apod. Učitelka pracovala s počítačovým programem obsahujícím didaktické hry pro rozvoj jazykových schopností. Jedním z úkolů bylo roztrždit zvířata podle místa, kde žijí. Dále měly děti poznávat zvuky jednotlivých zvířat. Nejprve měly za úkol rozlišit jednotlivé zvuky a poté je přiřadit ke konkrétním zvířatům (žába, kachna atd.). Takto se děti u interaktivní tabule postupně střídaly. V osm hodin byly děti tradičně vyzvány bubínkem k uklidu herny. Poté proběhl ranní rituál, během kterého děti společně spočítaly přítomné a nepřítomné děti. Poté se učitelky s dětmi přesunuly do prostorné herny, kde proběhla hudebně-pohybová výchova.

Hudebně-pohybová výchova

Děti si stouply do kruhu a napodobovaly jednotlivé cviky dle učitelek. Učitelky zapojily určitá respirační a fonační cvičení, kdy byly napodobovány zvuky zvířat a různé další přírodní zvuky. Další aktivitou byla hra na Orffovy bicí nástroje. Děti byly rozdělené do tří skupin na „kapičky“, „blesky“ a „hromy“ a dohromady říkaly: „Kap, kap, kapička, blesk a hrom“. „Kapičky“ ťukaly do rytmu na dřívka, „blesky“ šustily igelitovými sáčky a hromy bouchaly do bubínku. Učitelka dirigovala, aby děti udržely správný rytmus. Poté se děti vystřídaly tak, aby si každý zahrál na oba hudební nástroje a zašustil s igelitovým sáčkem. Po této aktivitě byly děti usazeny na lavičku a na vyzvání chodily postupně k míči, který měly za úkol kopnout do brány. Takto byla zakončena hudebně-pohybová výchova a následovala svačina.

Po svačině přišla paní z Ekocentra Koniklec s ekologickým výukovým programem pro mateřské školy s názvem „Voda nad zlato“. Cílem tohoto programu bylo to, aby děti zjistily, odkud se bere voda ve vodovodním kohoutku, jak a proč šetřit pitnou vodou a jak v domácnosti využívat dešťovou vodu. Celý program byl skutečně zajímavý a pro děti byl očividně velkým zážitkem. S některými dětmi to však bylo velmi náročné, jelikož

nechtěly spolupracovat. Jedna učitelka musela se dvěma dětmi odejít do jiné místnosti, jelikož svým chováním vyrušovaly lektorku a ostatní děti. Na závěr děti společně vytvořily koláž, kde jednotlivé kapičky padající z mraků znázorňovaly každé z dětí.

Pobyt venku

Vzhledem k tomu, že už nebylo tolik času na delší procházku, učitelky šly s dětmi na hřiště v areálu školy, kde je k dispozici trampolína, malé fotbalové hřiště, prolézačky a houpačky. Zde strávily asi půl hodiny a přesunuly se zpět do školy na oběd.

Poledne/Odpoledne

Po příchodu z hřiště následovala hygiena a oběd. Po obědě byly některé děti vyzvednuty svými rodiči nebo prarodiči a zbylé děti, kterých byla zhruba třetina původního počtu, se s učitelkou přesunuly do lehárny, kde děti pravidelně odpočívají do 14:30. Poté následuje odpolední svačina a odchod dětí domů. Děti, které zůstaly ve škole déle, šly buď na odpolední ILP, nebo si hrály v herně.

ROZVÍJENÁ JAZYKOVÁ ROVINA	AKTIVITA
<ul style="list-style-type: none"> • LEXIKÁLNĚ-SÉMANTICKÁ 	<ul style="list-style-type: none"> • rozvoj slovní zásoby • vyčlenění ze skupiny • porozumění jednotlivým slovům – tvorba synonym
<ul style="list-style-type: none"> • MORFOLOGICKO-SYNTAKTICKÁ 	<ul style="list-style-type: none"> • tvorba vět se správným slovosledem • tvorba jednotného čísla • tvorba množného čísla
<ul style="list-style-type: none"> • FONETICKO-FONOLOGICKÁ 	<ul style="list-style-type: none"> • rozlišování zvuků zvířat • napodobování zvuků zvířat
<ul style="list-style-type: none"> • PRAGMATICKÁ 	<ul style="list-style-type: none"> • porozumění koloběhu vody • vyprávění vlastních zkušeností

Tabulka č. 22 Pozorování jazykových rovin – čtvrtek (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Zaznamenané formy činnosti vycházející ze ŠVP školy XY (2018):

- Využívání základního slovního materiálu – napodobování citoslovcí.
- Rozvíjení slovní zásoby – přiměřeně k motivaci, zkušenostem, percepčně-motorickým schopnostem jednotlivých dětí.
- Využívání nápodoby řeči – důležitý je řečový vzor pedagogů i vzor jejich chování (vytváření podmínek pro odezírání), vedení ke sledování obličeje hovořící osoby apod.
- Péče o gramatickou správnost mluveného projevu. Tvorba vět se správným slovosledem, seznamování s gramatickými rody, a správné vyjadřování času, se správným používáním předložek apod.
- Základní rozvíjení motoriky mluvidel (individuální péče).

PÁTEK

Ráno/Dopoledne

V pátek se v ranních hodinách v mateřské škole sešlo trochu méně dětí než v předchozích dnech. V čase, kdy se postupně všichni scházeli, měly děti za úkol pastelkami nakreslit nějaké ze zvířat žijících u vody. Tato zvířata děti poté vystříhly a lepily je na velkou plachtu, na níž byla temperami znázorněna voda. Hotové dílo bylo vystaveno v šatně tak, aby si jej mohli prohlédnout rodiče i děti. Mezitím opět průběžně přicházely obě logopedky, které si odváděly děti na ILP. Pro rozvoj hmatového vnímání učitelky dále připravily zavařovací sklenice, v nichž byly věci různých materiálů a struktur. Jednalo se o věci spojené s vodou a přírodou, např. hlína, kameny, voda, mech apod., se kterými byly děti v průběhu celého týdne seznámeny. Za pomoci hmatu měly děti za úkol uhodnout, co se nachází ve sklenici, která byla obalena látkou tak, aby si děti nepomáhaly zrakem. Až na pár mladších dětí, se dětem docela dařilo uhodnout, co se ve sklenicích nachází. Po hmatové hře následoval ranní rituál s počítáním dětí, určením aktuálního dne v týdnu a měsíce. Poté byly děti rozděleny do tří skupin podle komunikačních schopností a do různých místností byly odvedeny na kolektivní logopedickou péči.

Kolektivní logopedická péče

Během KLP byla pozorována skupina dětí s těžším sluchovým postižením, ve které bylo šest dětí. Začátkem terapie byla provedena oromotorická cvičení na základě návodných obrázků, kde byly nakreslené obličeje dětí provádějících konkrétní oromotorické cvičení hravou formou. Motivací dětí bylo, že každý, kdo provedl cvik (dle učitelky správně), mohl vzít barevnou kostku a postavit ji doprostřed kruhu. Tímto způsobem byly procvičovány jednotlivé cviky, a věž z kostek, kterou společně děti stavěly, rostla, až málem spadla, což se dětem líbilo. Následně učitelka ukázala dětem obrázky zvířat žijících u vody, se kterými se pracovalo po celý týden. Děti společně vytleskaly název zvířete a každé mělo za úkol vzít z věže tolik kostek, kolik bylo slabik ve slově. Následně každé dítě povídalo o své zkušenosti se zvířaty u vody. Učitelka dbala na to, aby děti neznakovaly a snažily se komunikovat pouze orálně. Poté měly děti povědět, co si zapamatovaly ze zážitků svých kamarádů, což pro ně bylo velmi náročným úkolem. Na závěr KLP děti relaxovaly na podložkách. Učitelka kontrolovala, zda jsou uvolněné jako „hadrové panenky“. Následovala svačina, hygiena a odchod ven.

Tělesná výchova

Z důvodu špatného počasí vzaly učitelky děti jen na krátkou procházku nedaleko školy a poté se vrátily do interiéru školy, konkrétně do malé tělocvičny, kde pro děti připravily velkou opičí dráhu, kde měly děti za úkol přeskakovat, obíhat, lézt po čtyřech, lézt pozadu, skákat po jedné noze, vylézt na horolezeckou stěnu a jiné pohybové aktivity pro rozvoj hrubé motoriky.

Poledne/Odpoledne

Po příchodu z malé tělocvičny následovala hygiena a oběd. Po obědě byly některé děti vyzvednuty svými rodiči nebo prarodiči a zbylé děti, kterých byla zhruba třetina původního počtu, se s učitelkou přesunuly do lehárny, kde děti pravidelně odpočívají do 14:30. Poté následuje odpolední svačina a odchod dětí domů. Děti, které ve škole zůstaly déle, šly na odpolední ILP, nebo si hrály v herně.

ROZVÍJENÁ JAZYKOVÁ ROVINA	AKTIVITA
<ul style="list-style-type: none"> LEXIKÁLNĚ-SÉMANTICKÁ 	<ul style="list-style-type: none"> užívání správných pojmů porozumění řeči
<ul style="list-style-type: none"> MORFOLOGICKO-SYNTAKTICKÁ 	<ul style="list-style-type: none"> používání vhodných předložek rozdělení slov na slabiky
<ul style="list-style-type: none"> FONETICKO-FONOLOGICKÁ 	<ul style="list-style-type: none"> určování kvantity vokálů určování první a poslední hlásky ve slově
<ul style="list-style-type: none"> PRAGMATICKÁ 	<ul style="list-style-type: none"> vyprávění vlastního zážitku reprodukce vyprávění kamaráda

Tabulka č. 23 Pozorování jazykových rovin – pátek (zdroj: vlastní zpracování, 2019)

Zaznamenané formy činnosti vycházející ze ŠVP školy XY (2018):

- Artikulace – zaměřena na napodobení případně vyvození jednotlivých hlásek a jejich zapojení do slabik a slov dle stupně vývoje jednotlivých dětí (individuální péče).
- Prohlubování již získaných schopností a dovedností.
- Péče o gramatickou správnost mluveného projevu. Tvorba vět se správným slovosledem, seznamování s gramatickými rody, a správné vyjadřování času, se správným používáním předložek apod.
- Vedení ke sledování jednotlivých příběhů a jejich reprodukci.
- Rozvíjení zrakového vnímání (pozornosti, paměti) i ostatních smyslů.
- Rozvíjení hrubé motoriky, pohybové koordinace a rovnováhy.

5.5 Závěry výzkumného šetření a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat a popsat současnou situaci v poskytování logopedické intervence dětem mateřských škol pro děti se sluchovým postižením. Na základě vytyčeného cíle, byla stanovena hlavní výzkumná otázka, která zněla: **Jakým způsobem je zajišťována logopedická intervence dětem v mateřských školách pro děti**

se sluchovým postižením? Následně byla zvolena metoda sběru dat a vhodné techniky, díky kterým lze nalézt odpovědi na čtyři výzkumné otázky, na něž byly navázány otázky dílčí.

Tato kapitola je zaměřena na výsledky výzkumného šetření, a to podrobně k jednotlivým výzkumným otázkám. K prvním třem otázkám se vztahují data získaná od logopedů, působících v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením, která byla získána pomocí dotazníkového šetření. Závěry čtvrté otázky byly vyvozeny na základě prostudování školních dokumentů (ŠVP a TVP) konkrétní mateřské školy pro děti se sluchovým postižením a zejména z poznatků z týdenního přímého pozorování běžného chodu MŠ, které probíhalo v dané škole.

Poznatky získané na základě výzkumného šetření, za cílem zodpovědět všechny výzkumné otázky a vyvodit závěry, které povedou k hlavnímu cíli diplomové práce, tedy ke zmapování a popsání současné situace v poskytování logopedické intervence dětem mateřských škol pro děti se sluchovým postižením, jsou v následujícím textu rozepsány dle jednotlivých čtyř výzkumných otázek.

I. Kdo je v současné době objektem logopedické intervence poskytované v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením v ČR?

V rámci první výzkumné otázky bylo zjišťováno, kdo je v současné době objektem logopedické intervence poskytované v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením. Z odpovědí na 7 dílčích otázek – čtyř polouzavřených a třech otevřených, obdržených dotazníkovým šetřením, byly zjištěny následující informace.

U dětí v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením většinou převažují právě děti se sluchovým postižením, ale až čtvrtina respondentů uvedla, že převažují děti s jiným druhem narušené komunikační schopnosti, bez sluchového postižení. Většina dotazovaných respondentů uvedla, že u dětí, jež nemají sluchové postižení je nejčastější příčinou narušené komunikační schopnosti vývojová dysfázie, kterou lze stručně charakterizovat jako specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností

naučit se verbálně komunikovat, i přesto, že podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené (podrobněji viz kapitola 3.3). Dalšími druhy diagnostikované narušené komunikační schopnosti u dětí jsou dyslalie nebo opožděný vývoj řeči prostý. To, s jak těžkým stupněm sluchového postižení nebo s jakým druhem narušení komunikační schopnosti se děti potýkají, odpovídá deklarovanému komunikačním přístupů ve vzdělávání dané školy, kterou děti navštěvují. Tyto školy často usilují o přístup v podobě totální komunikace, aby se tak přizpůsobily individuálním potřebám každého dítěte. Výběr komunikačního systému se většinou odvíjí od stupně sluchového postižení. Jednotlivé školy mají často již svou tradici v komunikačním přístupu, který systematicky uplatňují po desetiletí. Co se však časem změnilo, je složení dětí ve školách, kde v současné době stoupá počet dětí bez sluchového postižení. Naopak díky moderním technologickým pomůckám, se v současnosti zvyšuje počet dětí se sluchovým postižením integrovaných (inkludovaných) do běžných mateřských škol. Nejčastější rozdělení dětí do tříd bývá zpravidla na jednu třídu dětí s přítomným sluchovým postižením a třídu slyšících dětí s určitým druhem narušené komunikační schopnosti. Rozdělení dětí do tříd je různé. V některých školách jsou děti rozdělené do tříd podle věku, jinde zase podle stupně sluchového postižení. Jedna ze škol má pouze jednu smíšenou třídu. V otázce podobností a odlišností projevujících se v přístupech k dětem při individuální logopedické péči, poskytované dětem se sluchovým postižením a dětem s narušenou komunikační schopností – vývojovou dysfázií, která bývá nejčastěji uváděným typem NKS, projevujícím se u dětí, které nemají sluchové postižení, se dotazovaní logopedi někdy diametrálně lišili. Pro některé logopedy je práce s dětmi se sluchovým postižením velmi podobná práci s dětmi s vývojovou dysfázií, a to zejména kvůli kladení důrazu na rozvoj pragmatické a lexikálně-sémantické jazykové roviny. Dle jejich slov jde v obou případech o dlouhodobou práci. Často byly také uváděny odlišnosti v přístupu během ILP – u dětí se SP se využívají určité druhy alternativní komunikace, např. pomocné artikulační znaky, znaky českého znakového jazyka apod. Dále bylo uvedeno, že v přístupu existují rozdíly a ILP je vždy uzpůsobena dle individuálních potřeb dítěte. Dalšíh různorodých odpovědí se dostalo na otázku, zda se liší, popř. jakým způsobem, práce s dětmi z rodin slyšících a z rodin neslyšících rodičů. Dle některých logopedů se práce s těmito dětmi neliší. Podle jiných však velmi zásadně a významně. Zajímavé, i když do jisté míry předvídatelné, jsou poznatky, že u dětí

se sluchovým postižením, u nichž není v rodině slyšící osoba, která by s dítětem mohla soustavně procvičovat mluvenou řeč, probíhá náprava řeči velmi pomalu. Nejčastěji uvedeným rozdílem je přístup rodiny k mluvené řeči. Neslyšící rodiče, kteří považují za svůj mateřský jazyk český znakový jazyk, mnohdy mluvenému projevu jejich dítěte nepřikládají takovou váhu. Naopak neslyšící děti ze slyšících rodin jsou vedeny k tomu, aby se učily komunikovat zejména orálně – mluvenou řečí. Pomůcky využívané během individuální logopedické péče se dle slov většiny logopedů u dětí se sluchovým postižením a u dětí s vývojovou dysfázií příliš neliší, nebo se neliší vůbec. Pokud ano, tak jen minimálně.

II. Kým a v jakém rozsahu je poskytována logopedická intervence dětem v MŠ pro děti se sluchovým postižením?

Druhou otázkou bylo zjišťováno, kým a v jakém rozsahu je poskytována logopedická intervence dětem v MŠ pro děti se sluchovým postižením. K této otázce se v dotazníku vztahovaly 4 polouzavřené otázky.

Nejprve bylo zjišťováno, jaká je frekvence individuální logopedické péče u dětí se sluchovým postižením. Odpovědi na tuto otázku byly různé. Podstatné je, že ve všech uvedených školách probíhá ILP u dětí se sluchovým postižením minimálně jednou týdně. V jedné škole pak ILP u dětí se SP probíhá každý den, což je ideální. V jiných školách pak alespoň dvakrát nebo třikrát týdně. Osobou, jež ILP u dětí v MŠ zajišťuje, je nejčastěji školní logoped. V jedné z uvedených škol zajišťuje ILP logopedický asistent. V další škole je ILP zajišťována školním logopedem i logopedickým asistentem, kteří se střídají. V jednom případě však ILP vůbec neprovádí školní logoped či logopedický asistent, nýbrž učitelky v MŠ. Délka trvání individuální lekce je pak dle logopedů také v jednotlivých školách odlišná – většinou je to tak, že čím častěji ILP probíhá, tím kratší je i samotné její trvání. Většinou trvá 15–30 minut. V jednom případě dokonce až 45 minut. Skupinová logopedická péče (terapie), poskytovaná učitelkami v MŠ, probíhá ve většině případů každý den. V dalších případech pak jednou – dvakrát týdně. Frekvence skupinové logopedické péče zpravidla souvisí s tím, jaký komunikační přístup ve vzdělávání daná škola uplatňuje. Každý den většinou probíhá v těch školách, které uplatňují auditivně-orální přístup komunikace.

III. Jakým způsobem probíhá spolupráce školního logopeda s pedagogy, rodiči a případně dalšími odborníky, kteří pečují o děti v MŠ se sluchovým postižením?

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na spolupráci dospělých osob v péči o děti v MŠ se sluchovým postižením. K otázce se vztahují 4 dílčí otázky – dvě polouzavřené a dvě otevřené.

Nejdříve bylo zjišťováno, zda je dětem z MŠ pro děti se sluchovým postižením zajišťována logopedická intervence v rámci resortu Ministerstva zdravotnictví ČR. Více než polovina logopedů uvedla, že většině dětí je poskytována logopedická intervence v rámci zdravotnického resortu, ale ne všem. Zbytek respondentů pak poskytl informace, že jen minimu dětí navštěvujících mateřskou školu pro děti se sluchovým postižením se dostává logopedické terapeutické péče v rámci resortu Ministerstva zdravotnictví ČR. Některým z dětí je však poskytována logopedická péče mimo školu. Většině dětí je zajišťována logopedická terapie i jindy než v době pobytu v MŠ. Osobou, která tuto logopedickou terapii poskytuje, je nejčastěji klinický logoped, a to na základě vlastní iniciativy rodičů, kteří musí o tuto službu zažádat. Dále bylo zjišťováno, jakým způsobem funguje spolupráce mezi logopedem či logopedickým asistentem a pedagogy působícími v MŠ. Většina logopedů s pedagogy úzce spolupracuje. Předání informací ohledně ILP probíhá většinou osobně, kdy proběhne i krátká konzultace na případná doporučení apod. Velkým pomocníkem jsou rovněž logopedické sešity, které s dítětem sestavuje logoped. Pedagog nahlíží do těchto sešitů, které jsou navrženy individuálně dle potřeb každého dítěte, a může na ně navázat. Spolupráce s pedagogy je pro logopedy důležitá, proto jsou pro ně časté konzultace nezbytné. Jeden z logopedů však uvedl, že předávání informací o dítěti probíhá pouze prostřednictvím rodičů, což lze považovat za méně obvyklý postup. Pro lepší koordinaci činnosti s dětmi v některých zařízeních probíhají periodické schůzky (v různých intervalech). Pro efektivitu logopedické péče je nezbytné, aby logoped spolupracoval s rodiči dítěte se SP nebo s určitým narušením komunikační schopnosti. Nejčastějším, logopedy uváděným způsobem komunikace s rodiči, je předávání informací prostřednictvím logopedických sešitů. Často uváděná osobní konzultace je dle logopedů rovněž potřebná. Někteří z logopedů podrobně popsali, jak důležité je instruovat rodiče. Proto je z jejich hlediska nezbytná osobní konzultace, a to nejlépe každý týden. Ve většině škol je rodičům

umožněno nahlédnout do probíhající ILP, což je ideální, jelikož domácí procvičování, které je nezbytnou součástí logopedické péče, by mělo přesně vycházet z logopedem vedené individuální terapie. Rodiče bohužel tuto možnost často nevyužívají.

IV. Jakým způsobem jsou běžné denní aktivity ve vybrané MŠ pro děti se sluchovým postižením přínosné z hlediska logopedické intervence?

Na základě týdenního pozorování konkrétní mateřské školy pro děti se sluchovým postižením bylo zaznamenáváno, jakým způsobem jsou u dětí se sluchovým postižením a u dětí s narušenou komunikační schopností rozvíjeny jejich jazykové schopnosti. Výzkumné šetření bylo zaměřeno zejména na průběh kolektivní logopedické péče, způsoby, jakými jsou rozvíjeny jazykové kompetence dětí v jednotlivých jazykových rovinách a na způsob běžné komunikace mezi učitelkami a dětmi.

Jak lze předpokládat, děti navštěvující MŠ pro děti se sluchovým postižením mají vždy nějakým způsobem ztížený proces komunikace, ať už v důsledku sluchového postižení, či z důvodu narušené komunikační schopnosti, v tomto případě nejčastěji z důvodu vývojové dysfázie. Je nezbytné, aby se učitelky přizpůsobily individuálním specifickým potřebám v komunikaci s každým dítětem, což je mnohdy velmi náročné, zejména v cizím prostředí. Speciální potřeby dětí jsou vzhledem k jejich typům znevýhodnění dost variabilní. U většiny dětí není přítomna pouze sluchová vada nebo určitý typ NKS, ale v mnohých případech je zde přidruženo další narušení, např. ADHD, porucha autistického spektra apod. Vzhledem k tomu je mnohdy náročné udržet kolektiv dětí v klidu, zejména v nových, neznámých situacích v nezvyklém prostředí či při konfrontaci s cizími lidmi. Rovněž je náročné komunikovat s dětmi tak, aby konkrétnímu sdělení současně porozuměly jak děti se sluchovým postižením, tak i děti s určitým narušením komunikační schopnosti, zde zejména s vývojovou dysfázií. Ve sledované škole je kladen důraz na auditivně-orální formu komunikace, a to bez ohledu na závažnost sluchového postižení. Tomu odpovídá i volba forem komunikace. Ačkoliv pro některé z dětí je jejich mateřským jazykem český znakový jazyk, učitelky tuto formu komunikace nepoužívají. Největší roli zde hraje osobnost

učitelky, její iniciativa a trpělivost při aktivitách s dětmi, pro něž je komunikace, zejména auditivně-orální formou, velice náročná. Učitelky se snaží rozvíjet jazykové schopnosti u dětí ve všech jazykových rovinách neustále. Další aktivity, zaměřující se na rozvoj komunikační schopnosti, jsou cíleně prováděny v rámci kolektivní logopedické péče (KLP). Individuální logopedické péči (ILP) s cílem systematického rozvoje motoriky mluvidel, správně artikulované řeči a reedukace sluchu se věnují školní logopedky, a to v takovém rozsahu, aby u každého dítěte proběhla ILP, alespoň 3x týdně.

Specifickou činností realizovanou v rámci každého dne v mateřské škole pro děti se sluchovým postižením předškolního věku je právě kolektivní logopedická péče, jejíž obsah vychází z logopedického senzomotorického reedukačního programu pro děti se sluchovým postižením v předškolním věku, který byl v rámci ŠVP vypracován klinickou logopedkou. Během denního režimu je na KLP denně vyhrazen v pevně stanovený čas v průběhu dopoledne. Učitelky tento režim, samozřejmě s mírnými časovými odchylkami a za předpokladu, že nenastane nějaká výjimečná situace, každodenně dodržují. Děti jsou zpravidla rozdělené do tří skupin. V každé z nich je cca 6–7 dětí, které jsou vedeny jednou z učitelek. Složení dětí v jednotlivých skupinách není vždy stejné. Někdy jsou děti rozdělené do skupin podle věku, jindy jsou rozdělené podle komunikačních schopností. Obsah KLP je však ve všech skupinách relativně podobný. Začátkem terapie děti hravou a zábavnou formou provedou řadu oromotorických cvičení, kterými zlepšují motoriku mluvidel – např. posilování a polohování jazyka, posilování retního uzávěru apod. Děti napodobují pohyby mluvidel učitelky nebo obličejů vyfocených či nakreslených na kartičkách. Dále jsou do terapie zařazena respirační a fonační cvičení, se zaměřením na prodloužení výdechového proudu a spojováním výdechu s fonací, zábavnou formou za použití pomůcek, jako např. peří, bublifuk, brčko, igelitový sáček apod. Další činnosti v KLP jsou různě obměňovány, ale učitelky dbají na to, aby se obsahově shodovaly s tématem týdne. Tématem týdne byla „Voda nad zlato“, což se odrazilo v jednotlivých činnostech. V rámci grafomotoriky byla procvičována vlna. Děti nejprve zapojily hrubou motoriku a předváděly vlny celou paží, poté jenom prstem a následně ji znázornily na připravený grafomotorický pracovní list. Učitelky obcházejí děti a pomáhají se správným úchopem tužky. V jiný den dostaly děti nastříhaný obrázek, který společně složily. Na obrázku byla voda a různá vodní zvířata. Děti měly

za úkol pojmenovat jednotlivá zvířata a následně rytmitizovat každé slovo, tedy vytleskat ho dle počtu slabik. Součástí KLP je i rozvoj foneticko-fonologické roviny, zejména podpora v detekci a diferenciaci hlásek nebo zvuků. Nedílnou součástí je i rozvoj pragmatické jazykové roviny, kdy se učitelka ujistí, zda děti porozuměly probírané látce, což si ověřuje tak, že po dětech vyžaduje zpětnou vazbu.

V rámci KLP je kladen důraz na všechny jazykové roviny, tedy na rovinu lexikálně-sémantickou, morfológico-syntaktickou, foneticko-fonologickou a pragmatickou. Způsoby, jakými byly během jednoho týdne v rámci KLP rozvíjeny jednotlivé jazykové roviny, jsou následující:

- **lexikálně-sémantická jazyková rovina:** pojmenovávání druhů zvířat, opakování básniček, písniček, vyčlenění ze skupiny, vyjmenovávání dnů v týdnu/měsíců v roce, rozvoj aktivní i pasivní slovní zásoby, porozumění jednotlivým slovům – tvorba synonym, porozumění řeči, projevující se adekvátní reakcí atd.,
- **morfológico-syntaktická jazyková rovina:** tvorba jednotného a množného čísla, používání správných slovních druhů – předložky, slovesa atd., obrázkové čtení, tvorba vět se správným slovosledem, rozdělení slov na slabiky atd.,
- **foneticko-fonologická jazyková rovina:** vyčlenění a určení první a poslední hlásky ve slově, určování kvantity vokálů, identifikace zvuku a jeho napodobení, rozlišování specifických asimilací, rozlišování zvuků zvířat,
- **pragmatická rovina:** porozumění příběhu, vyprávění příběhu k danému tématu, vyprávění příběhu na základě obrázku, pochopení a dodržování dopravních předpisů, porozumění, jak funguje koloběh vody, reprodukce kamarádova příběhu.

Učitelkami předem připravené aktivity byly pro rozvoj jazykových rovin stimulující. Jednotlivé jazykové roviny byly rozvíjeny rovnoměrně a žádná z nich nebyla výrazně upřednostňována.

Výzkumné šetření předkládané diplomové práce bylo zaměřeno na děti, které navštěvují mateřskou školu pro děti se sluchovým postižením, ať už se jedná o děti se sluchovým postižením nebo děti slyšící s určitým druhem narušené komunikační schopnosti, a na logopedy a pedagogy, kteří těmto dětem poskytují logopedickou intervenci. V případě logopedů byla zajišťována individuální logopedická péče, pedagožkami mateřských škol pak logopedická péče kolektivní. Informace o poskytování logopedické intervence dětem v jednotlivých mateřských školách, byly dotazníkovým šetřením získány přímo od logopedů, kteří ve školách působí. Pro doplnění výzkumného šetření byla po dobu jednoho týdne pozorována konkrétní třída s cílem zmapovat a zaznamenat logopedicky zaměřené činnosti, které vychází ze ŠVP a TVP konkrétní mateřské školy.

Je nezbytné poznamenat, že výsledky dotazníkového šetření mohou být určitým způsobem ovlivněné subjektivním charakterem odpovědí jednotlivých respondentů, dále také jejich nízkým počtem a zejména pak specifičností jednotlivých škol, které mají určitou tradici a drží se své filozofie v komunikačním přístupu ve výchovně-vzdělávacím procesu. Poznatky z pozorování rovněž nemůžeme považovat za obecně platné, jelikož vybraná škola je přímo zaměřena na orální přístup ve vzdělávání, tudíž nelze předpokládat, že takové podmínky jsou zajištěny také ve školách, kde je uplatňován přístup bilingvní komunikace či přístup komunikace totální.

Z poznatků a získaných dat vyplývá, že dětem v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením je poskytována individuální i kolektivní logopedická péče v rámci možností a filozofie každé školy. Otázkou však zůstává, zda je tato péče dostačující, respektive jakým dalším způsobem je možné u dětí rozvíjet komunikační schopnost a překonávat její narušení. Pro úspěšnou rehabilitaci je jistě klíčovou složkou efektivní spolupráce všech osob, které o dítě s NKS pečují. Jedná se o pedagoga, logopeda ve školství, klinického logopeda, popř. další odborníky a rodiče. Je rovněž nezbytné, aby rodiče byli obeznámeni s faktem, že děti vyžadují speciální péči nejen ve školském zařízení, ale také v jiném zařízení, které se specializuje na logopedickou intervenci a zejména každodenní logopedickou péči v rodině (dle instrukcí logopeda), kterou je schopen zabezpečit rodič nebo jiný člen rodiny. V případech dětí se sluchovým postižením, které mají neslyšící rodiče, je velkým

problémem a zároveň výzvou pro příslušné odborníky zajistit těmto dětem mimo školní zařízení nezbytnou logopedickou intervenci vycházející z instrukcí logopeda. Bylo by vhodné zvážit, zda by bylo možné zajistit pro tyto rodiny pracovníka – logopedického asistenta – který by zajišťoval pravidelné provádění logopedické terapie v domácím prostředí dítěte.

Zařazení dětí s NKS bez sluchového postižení do speciální školy má své výhody i nevýhody. Výhodou je, že logopedická intervence (individuální i kolektivní) je zde systematicky vedená a zajištěná v rámci ŠVP. Naopak nevýhodou může být absence kontaktu se slyšícími vrstevníky bez narušení komunikační schopnosti a omezenější zkušenost s komunikací v běžném prostředí slyšící společnosti.

Cílem logopedického působení v MŠ pro děti se sluchovým postižením je umožnit dětem co možná největší rozvoj jejich komunikačních kompetencí ve všech jazykových rovinách. V tomto procesu však vždy hrají hlavní roli rodiče a příbuzní těchto dětí, kteří o ně pečují. Je nezbytné, aby nejenom oni, ale i široká veřejnost, byli osvětovou činností (např. prostřednictvím médií) seznámeni s problematikou sluchového postižení a s ním souvisejícím možným vznikem narušení komunikační schopnosti, jelikož v procesu socializace nestačí pouze úsilí ze strany osoby se speciálními potřebami a osob, které ji obklopují.

Závěr

Úspěšný rozvoj komunikační schopnosti v průběhu vývoje člověka je klíčem k jeho začlenění do většinové společnosti. Pro intaktní osoby je přirozené dorozumívat se se svým okolím mluvenou řečí. Pokud je však komunikační schopnost z nějakého důvodu narušena a řečová komunikace v tomto důsledku znemožněna, je nezbytné hledat všemožné způsoby, jakými lze dosáhnout co možná nejvyšší úrovně řečové komunikační schopnosti. Mateřské školy pro děti se sluchovým postižením navštěvují děti, které mají z určitých důvodů komunikační schopnost narušenou, ať už v důsledku sluchového postižení či z jiných, neméně závažných příčin. Cílem této práce bylo zmapovat a popsat, jakým způsobem je logopedická intervence v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením zajišťována, a to v rámci individuální i kolektivní logopedické terapie.

Teoretická část této práce byla zaměřena na problematiku sluchového postižení v souvislosti s potřebou jeho včasné diagnostiky a vhodné korekce sluchu technickými kompenzačními pomůckami. Také zmiňuje způsoby a komunikační přístupy ve výchovně-vzdělávacím procesu dětí se sluchovým postižením. Dále popisuje ontogenetický řečový vývoj intaktních dětí v jazykových rovinách a porovnává jej s řečovým vývojem dětí nedoslýchavých a neslyšících, také s jeho specifiky v jednotlivých jazykových rovinách. Třetí kapitola vymezuje pojem logopedická intervence a charakterizuje její složky a organizační struktura v rámci ČR. Závěr teoretické části popisuje trendy předškolního vzdělávání dětí se sluchovým postižením u nás i v zahraničí.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat a popsat situaci v poskytování logopedické intervence dětem v rámci mateřských škol pro děti se sluchovým postižením. Výzkumné dotazníkové šetření se zaměřovalo na logopedy zde působící s cílem zjistit, kdo je v současné době objektem individuální logopedické péče, v jakém rozsahu je tato péče poskytována a jakým způsobem probíhá spolupráce logopeda s pedagogy v MŠ, s rodiči a v neposlední řadě s odborníky ve zdravotnictví. Analýzou školních dokumentů a přímým pozorováním bylo zjišťováno, jakým způsobem pedagožky rozvíjejí komunikační kompetence dětí v jednotlivých jazykových rovinách, nejen v rámci kolektivní logopedické intervence a jak s dětmi běžně komunikují.

Téma, kterému je tato práce věnována, je v rámci speciální pedagogiky v podoborech logopedie a surdopedie stále aktuálním tématem vyžadujícím zvýšenou pozornost, a to nejen v důsledku zdokonalování technických kompenzačních pomůcek, které umožňují řečovou rehabilitaci dětem se sluchovým postižením a s tím spjatou nezbytnou potřebu logopedické intervence, ale také z důvodu přibývajících případů narušené komunikační schopnosti, a to především v podobě vývojové dysfázie, diagnostikované u dětí v předškolním věku.

Seznam použitých informačních zdrojů

Seznam odborné literatury

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3008-0.

DLOUHÁ, Olga a Libor ČERNÝ. *Foniatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2048-0.

DLOUHÁ, Olga. *Novinky ve foniatrii*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-188-2.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 3. upravené a rozšířené vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.

FREEMAN, Roger D., Clifton F. GARBIN a Robert J. BOESE. *Tvé dítě neslyší?: průvodce pro všechny, kteří pečují o neslyšící děti*. Přeložil Jaroslav HRUBÝ, přeložil Jaroslava SELICHAROVÁ. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1992.

GURALNICK, Michael. *Early childhood inclusion: focus on change*. N/A, 2001. ISBN 1-55766-491-9.

HÁDKOVÁ, Kateřina. *Člověk se sluchovým postižením*. Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy. 2016. ISBN 978-80-7290-619-2.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOLMANOVÁ, Jitka. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-7216-162-8.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: Úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.

HOUDKOVÁ, Zuzana. *Sluchové postižení u dětí - komplexní péče*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-623-6.

HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu, 2. díl*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1998. ISBN 80-7216-075-3.

JANOTOVÁ, Naděžda. *Odezírání u sluchově postižených*. Praha: Septima, 1999. ISBN 80-7216-82-6.

JUNGWIRTHOVÁ, Iva. *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0944-7.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, Jiřina, BOČKOVÁ, Barbora a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. *Kapitoly pro studenty logopedie*. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-229-1.

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie/Patlavost*. Praha: Beakra, 2007. ISBN 978-80-903863-0-3.

KRČMOVÁ, Marie. *Úvod do fonetiky a fonologie pro bohemisty*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-213-3.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Budu správně mluvit - chodíme na logopedii*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3687-7.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. 4. vydání. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-056-9.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-888-2418-4.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*, 1. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*, 2. vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno, Paido, 2003. s. 156. ISBN 80-7315-038-7.

LIPNICKÁ, Milena. *Logopedická prevence v mateřské škole*. 1. vydání. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0381-0.

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5034-7.

NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie. Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

NOVÁK, Alexej. *Foniatrie a pedaudiologie - poruchy komunikačního procesu způsobené sluchovými vadami*. Praha: vlastním nákladem, 1994.

PULDA, Miloš. *Surdopedie se zaměřením na raný a předškolní věk*. Brno: Masarykova Univerzita, 1994. ISBN 80-210-0476-2.

SOURALOVÁ, Eva a Jiří LANGER. *Surdopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1084-2.

SOVÁK, Miloš. *Logopedie - metodika a didaktika*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. ISBN 14-607- 84.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

Seznam elektronických zdrojů

Annals Academy of Medicine. Auditory-Verbal Therapy for children with hearing impairment [online]. 2005 [cit. 2019-23-06] Dostupné z: <http://www.annals.edu.sg/pdf/34volno4200505/v34n4p307.pdf>

Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. [online]. © 2015 [cit. 2019-20-03]. Dostupné z: <http://www.detskysluch.cz/o-tamtamu>

Opožděný vývoj řeči. Asociace klinických logopedů České republiky [online]. AKL, 2019 [cit. 2019-15-04]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--opozdeny-vyvoj-reci>

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání [online]. MŠMT, 2018 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/45304/>

Vyhláška č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních [online]. 2016 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-197>

Vyhláška č. 270/2017 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných [online]. 2017 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-270>

Vývojová dysfázie. Asociace klinických logopedů České republiky [online]. AKL, 2019 [cit. 2019-15-04]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--vyvojova-dysfazie>

Zákon č. 59/2009 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů [online]. 2009 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-59>

Zákon. č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních [online]. 2004 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. 2006 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob [online]. 2008 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-384>

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním vyšším odborném a jiném vzdělávání [online]. 2004 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

Seznam zkratek

dB – decibel

Hz – hertz

ILP – Individuální logopedická péče

ISO – International Organization for Standardization

KI – Kochleární implantát (kochleární implantace)

KLP – Kolektivní logopedická péče

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠ – Mateřská škola

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NKS – Narušená komunikační schopnost

OVŘ – Opožděný vývoj řeči

PPP – Pedagogicko-psychologická poradna

RVP PV – Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

SP – Sluchové postižení

SPC – Speciálně-pedagogické centrum

SŠ – Střední škola

ŠVP – Školní vzdělávací program

ŠVP – Školní vzdělávací program

TVP – Třídní vzdělávací program

VD – Vývojová dysfázie

WHO – World Health Organization

ZŠ – Základní škola

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Seznam obrázků

<i>Obrázek č. 1 Frekvenční průběh zisku.....</i>	<i>15</i>
<i>Obrázek č. 2 Struktura totální komunikace</i>	<i>21</i>
<i>Obrázek č. 3 Struktura a vývoj bilingvální komunikace</i>	<i>22</i>
<i>Obrázek č. 4 Schéma narušeného vývoje řeči</i>	<i>30</i>

Seznam tabulek

<i>Tabulka č. 1 Klasifikace sluchových vad podle stupně postižení WHO</i>	<i>12</i>
<i>Tabulka č. 2 Ontogenetický vývoj řeči dle Viktora Lechty</i>	<i>28</i>
<i>Tabulka č. 3 Vývoj artikulace dle Beáty Krahulcové</i>	<i>29</i>
<i>Tabulka č. 4 Druhy zdravotního postižení, které u dětí v MŠ převažují.....</i>	<i>60</i>
<i>Tabulka č. 5 Druh narušené komunikační schopnosti, který u dětí převažuje</i>	<i>61</i>
<i>Tabulka č. 6 Školou preferovaný komunikační přístup ve vzdělávání.....</i>	<i>63</i>
<i>Tabulka č. 7 Rozdělení dětí do tříd podle specifických potřeb v komunikačním přístupu ..</i>	<i>64</i>
<i>Tabulka č. 8 Způsoby, jak se liší poskytování logopedické péče u dětí se sluchovým postižením od terapie poskytované dětem s NKS – vývojovou dysfázií</i>	<i>65</i>
<i>Tabulka č. 9 Odlišnosti v práci s dětmi se SP pocházejících z neslyšících rodin od práce s dětmi se SP z rodin slyšících rodičů</i>	<i>66</i>
<i>Tabulka č. 10 Odlišnost pomůcek používaných v rámci logopedické intervence u dětí se sluchovým postižením a u dětí s kombinovaným nebo jiným postižením (např. s VD).....</i>	<i>67</i>
<i>Tabulka č. 11 Frekvence individuální logopedické péče u dětí se sluchovým postižením ..</i>	<i>68</i>
<i>Tabulka č. 12 Osoba/y zajišťující individuální logopedickou intervenci terapii v MŠ</i>	<i>69</i>
<i>Tabulka č. 13 Délka trvání individuální logopedické péče (při jedné terapeutické lekci) ..</i>	<i>70</i>
<i>Tabulka č. 14 Frekvence skupinové logopedické péče (terapie)</i>	<i>71</i>
<i>Tabulka č. 15 Poskytování logopedické intervence dětem se sluchovým postižením mimo školu.....</i>	<i>72</i>
<i>Tabulka č. 16 Osoba/y zajišťující logopedickou intervenci mimo školu</i>	<i>73</i>
<i>Tabulka č. 17 Způsob průběhu spolupráce mezi logopedem/logopedickým asistentem a pedagogem.....</i>	<i>75</i>

<i>Tabulka č. 18 Způsob průběhu spolupráce školního logopeda/asistenta s rodiči</i>	<i>76</i>
<i>Tabulka č. 19 Pozorování jazykových rovin – pondělí.....</i>	<i>81</i>
<i>Tabulka č. 20 Pozorování jazykových rovin – úterý.....</i>	<i>84</i>
<i>Tabulka č. 21 Pozorování jazykových rovin – středa.....</i>	<i>87</i>
<i>Tabulka č. 22 Pozorování jazykových rovin – čtvrtek.....</i>	<i>89</i>
<i>Tabulka č. 23 Pozorování jazykových rovin – pátek</i>	<i>92</i>

Seznam Grafů

<i>Graf č. 1 Druhy zdravotního postižení, které u dětí v MŠ převažují</i>	<i>61</i>
<i>Graf č. 2 Druh narušené komunikační schopnosti, který u dětí převažuje.....</i>	<i>62</i>
<i>Graf č. 3 Školou preferovaný komunikační přístup ve vzdělávání</i>	<i>63</i>
<i>Graf č. 4 Rozdělení dětí do tříd podle specifických potřeb v komunikačním přístupu</i>	<i>64</i>
<i>Graf č. 5 Frekvence individuální logopedické péče u dětí se sluchovým postižením.....</i>	<i>68</i>
<i>Graf č. 6 Osoba/y zajišťující individuální logopedickou intervenci terapii v MŠ.....</i>	<i>69</i>
<i>Graf č. 7 Délka trvání individuální logopedické péče (při jedné terapeutické lekci)</i>	<i>70</i>
<i>Graf č. 8 Frekvence skupinové logopedické péče (terapie).....</i>	<i>71</i>
<i>Graf č. 9 Poskytování logoped. intervence dětem se sluchovým postižením mimo školu ...</i>	<i>73</i>
<i>Graf č. 10 Osoba/y zajišťující logopedickou intervenci mimo školu.....</i>	<i>74</i>

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník pro logopedy působící v MŠ pro děti se sluchovým postižením

Příloha 2 – Seznam mateřských škol pro děti se sluchovým postižením

Příloha 3 – Záznamový arch pozorování

Příloha 1 – Dotazník pro logopedy působící v MŠ pro děti se sluchovým postižením

Dotazník určený logopedům/logopedickým asistentům, kteří působí v MŠ pro děti se sluchovým postižením

Dobrý den, jsem studentka druhého ročníku navazujícího magisterského studia oboru Speciální pedagogika na PedF UK a touto formou bych Vás ráda požádala o vyplnění krátkého dotazníku k mé diplomové práci, týkajícího se zmapování aktuální situace v zajišťování logopedické intervence v mateřských školách pro děti se sluchovým postižením. Získané informace budou zpracovány anonymně a výhradně pro účely výzkumného šetření realizovaného v rámci závěrečné práce. Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Bc. Lucie Dvořáková

Název školy, ve které působíte:.....

Funkce/pozice, kterou na škole vykonáváte:.....

Nejvyšší dosažené vzdělání, obor:.....

Léta praxe v oboru:.....

1. Jaké druhy zdravotního postižení u dětí, se kterými pracujete, převažují?

- a) Převažují děti nedoslýchavé.
- b) Převažují děti s těžším postižením sluchu.
- c) Převažují děti s kombinovanými vadami.
- d) Převažují slyšící děti s narušenou komunikační schopností.
- e) Jiná odpověď:.....

2. Jaký druh narušené komunikační schopnosti u dětí bez sluchového postižení převažuje?

- a) Vývojová dysfázie
- b) Opožděný vývoj řeči
- c) Dyslalie
- d) Koktavost

e) Jiná odpověď:.....

3. Preferuje škola, ve které působíte, konkrétní vzdělávací přístup?

a) Ano, škola preferuje bilingvální přístup ve vzdělávání.

b) Ano, škola preferuje auditivně-orální přístup ve vzdělávání.

c) Ano, škola usiluje o přístup totální komunikace.

d) Ne.

e) Jiná odpověď:.....

4. Jsou děti rozdělené do tříd podle druhů narušené komunikační schopnosti/specifických potřeb v komunikačním přístupu?

a) Ano, děti jsou rozdělené do tříd na děti se sluchovým postižením a děti bez sluchového postižení.

b) Ano, děti jsou rozdělené do tříd podle stupně sluchového postižení.

c) Ne, ale jsou rozděleny do tříd podle věku.

d) Ne, děti nejsou rozdělené do tříd.

e) Jiná odpověď:.....

5. Jak často probíhá u dětí se sluchovým postižením individuální logopedická péče (ILP)?

a) 3x týdně

b) 2x týdně

c) 1x týdně

d) U dětí se sluchovým postižením neprobíhá ILP

e) Jiná odpověď:.....

6. Kdo zajišťuje individuální logopedickou intervenci (terapii) v MŠ?

a) školní logoped

b) logopedický asistent

c) spolupráce logopeda a logopedického asistenta (střídání)

d) pedagog MŠ

e) Jiná odpověď:.....

7. Jaká je délka trvání individuální logopedické péče (při jedné terapeutické lekci)?

- a) 15 minut
- b) 30 minut
- c) 45 minut
- d) U dětí neprobíhá ILP
- e) Jiná odpověď:.....

8. Jak často u dětí probíhá skupinová logopedická péče (terapie)?

- a) každý den
- b) 3x – 4x týdně
- c) 1x – 2x týdně
- d) U dětí se sluchovým postižením neprobíhá skupinová logopedická péče (terapie)
- e) Jiná odpověď:.....

9. Je dětem se sluchovým postižením zároveň poskytována logopedická intervence mimo školu?

- a) Ano, většině dětí je poskytována logopedická intervence v rámci rezortu zdravotnictví, ale ne všem.
- b) Ano, některým dětem je poskytována logopedická intervence v rámci rezortu zdravotnictví, ale je jich menšina.
- c) Ne, žádnému z dětí není poskytována logopedická intervence v rámci rezortu zdravotnictví.
- d) Nevím, tyto informace mi nebyly poskytnuty.
- e) Jiná odpověď:.....

10. Pokud ano, kdo zajišťuje logopedickou intervenci mimo školu?

- a) Nejčastěji klinický logoped.
- b) Nejčastěji logoped ve školství.
- c) Nejčastěji logopedický asistent.
- d) Nevím, nemám tyto informace.
- e) Jiná odpověď:.....

11. Jakým způsobem se liší poskytování logopedické péče u dětí se sluchovým postižením od terapie poskytované dětem s narušenou komunikační schopností - vývojovou dysfázií?

12. Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi školním logopedem/logopedickým asistentem a pedagogem?

13. Jakým způsobem probíhá spolupráce školního logopeda/logopedického asistenta s rodiči?

14. Liší se pomůcky používané v rámci logopedické intervence u dětí se sluchovým postižením a u dětí s kombinovaným nebo jiným postižením (např. s vývojovou dysfázií)?

15. Liší se práce s dětmi se sluchovým postižením, které pocházejí z neslyšících rodin od práce s dětmi se sluchovým postižením z rodin slyšících rodičů? Pokud ano, jakým způsobem?

Děkuji Vám, že jste si udělali čas na vyplnění tohoto dotazníku.

Příloha 2 – Seznam mateřských škol pro děti se sluchovým postižením

Seznam mateřských škol pro děti se sluchovým postižením v ČR

- Mateřská škola, základní škola a střední škola Gellnerka **Brno**, příspěvková organizace Gellnerova 66/1
- Mateřská škola, Základní škola a Střední škola pro sluchově postižené, **České Budějovice**, Riegrova 1
- Vyšší odborná škola, Střední škola, Základní škola a Mateřská škola, **Hradec Králové**, Štefánikova 549
- Mateřská škola, základní škola a dětský domov Ivančice, příspěvková organizace
- Mateřská škola a ZŠ pro sluchově postižené, **Kyjov**
- Základní škola a mateřská škola Logopedická, **Liberec**
- Střední škola, základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené **Olomouc**, Kosmonautů 4
- ZŠ pro sluchově postižené a MŠ pro sluchově postižené, **Ostrava-Poruba**
- Základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené - **Plzeň**
- Střední škola, základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené **Holečkova, Praha 5**
- Gymnázium, Střední odborná škola, Základní škola a Mateřská škola pro sluchově postižené, **Praha 2, Ječná 27**
- Střední škola, Základní škola a Mateřská škola pro sluchově postižené, **Praha 5, Výmolova 169**
- MŠ, ZŠ A SŠ pro sluchově postižené ve **Valašském Meziříčí**

Příloha 3 – Záznamový arch pozorování

Den:		
Ráno/dopoledne:		
Poledne/odpoledne:		
ROZVÍJENÁ JAZYKOVÁ ROVINA:	AKTIVITA:	
• LEXIKÁLNĚ-SÉMANTICKÁ		
• MORFOLOGICKO-SYNTAKTICKÁ		
• FONETICKO-FONOLOGICKÁ		
• PRAGMATICKÁ		
Zaznamenané formy činnosti vycházející ze ŠVP školy:		
Specifika v komunikaci:		